



ANNE VUORI

# Vähävaraisten lapsiperheiden hyvä vointi ja sen tukeminen



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston  
terveystieteiden yksikön johtokunnan suostumuksella  
julkisesti tarkastettavaksi terveystieteiden yksikön  
luentosalissa, Medisiinarinkatu 3, Tampere,  
30. päivänä marraskuuta 2012 klo 12.

English abstract

TAMPEREEN YLIOPISTO

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA  
Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö

*Ohjaaja*

Professori Päivi Åstedt-Kurki  
Tampereen yliopisto

*Esitarkastajat*

Dosentti Päivi Kankkunen  
Itä-Suomen yliopisto  
Dosentti Tarja Pölkki  
Oulun yliopisto

Copyright ©2012 Tampere University Press ja tekijä

Myynti  
Tiedekirjakauppa TAJU  
PL 617  
33014 Tampereen yliopisto

Puh. 040 190 9800  
[taju@uta.fi](mailto:taju@uta.fi)  
[www.uta.fi/taju](http://www.uta.fi/taju)  
<http://granum.uta.fi>

Kannen suunnittelu  
Mikko Reinikka

Acta Universitatis Tamperensis 1784  
ISBN 978-951-44-8979-2 (nid.)  
ISSN-L 1455-1616  
ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1259  
ISBN 978-951-44-8980-8 (pdf)  
ISSN 1456-954X  
<http://acta.uta.fi>

## KIITOKSET

Väitöskirjan tekeminen on ollut mielenkiintoinen matka tutkijaksi ja ihmisenä kehittyemisessä. Olen saanut matkallani paljon tukea ympärilläni olevilta ihmisiltä. Fenomenologista tutkimusmetodia käyttävä tutkija joutuu analysoimaan myös omaa kokemustaan ja tarvitsee siihen dialogia, jota olen saanut käydä kokeneen ja arvostetun perhehoitotieteen tutkijan, professori Päivi Åstedt-Kurjen kanssa. Olen hänelle hyvin kiitollinen siitä että hän on jaksanut kulkea rinnallani tämän pitkän ja kiemuraisen matkan. Hän on toiminut paitsi ohjaajanani, myös esimerkkinäni ja innoittajanani tälle matkalle lähtiessäni. Aina kun olen tarvinnut, olen saanut häneltä rakentavaa palautetta, ohjausta tieteellisen ajatteluun ja tukea omille ajatuksilleni. Hän on myös ylläpitänyt toivoa ja uskoa työni valmistumiseen, silloinkin kun ne ovat itseltäni tahtoneet hiipua. Hänelle esitän tästä lämpimät kiitokseni.

Kiitän professori Eija Paavilaista ja Tampereen yliopiston terveystieteiden yksikön, hoitotieteen laitoksen koko henkilökuntaa kokemastani, tutkimukseen kannustavasta ilmapiiristä, mikä on vienyt minua aina eteenpäin. Kiitokset myös professori Juhani Lehdolle, jonka mukanaolo seurantaryhmässä, on ollut minulle tärkeää. Haluan osoittaa kiitokset myös jatko-opiskelijatovereilleni, joiden kanssa käydyt keskustelut useissa seminaareissa ovat olleet minulle arvokkaita ja eteenpäin vieviä.

Kiitän taitavia esitarkastajiani dosentti Tarja Pölkkiä ja dosentti Päivi Kankkusta. Heiltä saamani rakentava palaute on kannustanut minua kehittämään väitöskirjaani edelleen ja syventämään ymmärrystäni tutkimustyöstä.

Tampereen yliopistoa ja Pirkanmaan sairaanhoitopiiriä kiitän saamistani apurahoista. Ne ovat mahdollistaneet aina sopivassa kohden tähän työhöni keskittymisen.

Lisensiaatti Leena Nietosvuorta kiitän artikkeleideni ja yhteenveto-osan kielentarkastuksesta, sekä kärsivällisyydestä ja joustavuudesta hänen opastaessaan minua kohdallisen suomen kielen käytössä.

Suuri kiitos kuuluu perheille, jotka osallistuivat tutkimukseeni. Olen hyvin kiitollinen heille siitä että olen saanut tutustua heihin ja ymmärtää heidän kanssaan enemmän elämästä ja hyvän voinnin kokemuksesta.

Kiitos myös työkavereilleni Lahden ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalalla, kun olette jaksaneet kulkea rinnallani ja kannustaa minua jatkuvasti eteenpäin.

Läheisille ystävilleni ja sukulaisilleni, joiden kanssa olen elänyt nämä vuodet, kuuluu kiitos niistä ihanista yhteisistä hetkistä, jotka olen viettänyt kanssanne ja jotka ovat vieneet ajatukseni välillä muualle. Nuo hetket ovat olleet tärkeitä voimanlähteitä tutkimusprosessissani.

Suurin kiitos kuuluu perheelleni, miehelleni Timolle ja lapsilleni Annikalle ja Miikalle, jotka ovat jaksaneet kannustaa minua ja kestää aina tietokoneen ääressä istuvaa ja kirjoihinsa uppoutuvaa vaimoa ja äitiä, joka on ollut usein ajatuksineen jossain muualla. Omistan tämän väitöskirjani heille.

Vääksyssä syksyn ensimmäisen lumen sataessa 26.10.2012

## TIIVISTELMÄ

Aikaisemman tutkimustiedonperusteella vähävaraisuuteen liittyy usein syrjäytymisriski terveyden ja hyvinvoinnin osalta. Vähävaraisia perheitä on usein lähestytty ongelmalähtöisesti ja ulkokohtaisesti. Vähävaraisuuden kokemusta ei ole paljon tutkittu perheen tai perheenjäsenten hyvän voinnin näkökulmasta, eikä heidän oman arkensa tuntemusta ole juurikaan hyödynnetty perhehoitotyössä.

Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa kuvailevaa ja ymmärtävää tietoa vähävaraisten lapsiperheiden ja perheenjäsenten hyvän voinnin ja sen tukemisen kokemuksista. Tavoitteena on saada lisää tietoa vähävaraisten lapsiperheiden arjen hyvästä voinnista perheiden ja perheenjäsenten omasta näkökulmasta. Tutkimuksessa tuotettua vähävaraisten lapsiperheiden hyvän voinnin merkitysrakennetta voidaan hyödyntää perhehoitotyössä perhelähtöisten, terveyden eriarvoisuutta vähentävien toimintamallien kehittämisessä riskioloissa elävien lapsiperheiden tukemiseen.

Tutkimus koostui neljästä osajulkaisusta. Tutkimusmenetelmänä oli fenomenologia ja tiedonantajia olivat vähävaraisten lapsiperheiden jäsenet (n=34). Tutkimusaineisto kerättiin avoimilla haastatteluilla toimeentulotukea saavilta tai muiden sosiaaliturvien varassa eläviltä lapsiperheiden äideiltä (n=15), isiltä (n= 7) ja yhdessä haastatelluilta perheen jäseniltä (n = 12). Aineisto analysoitiin deskriptiiviseen ja hermeneuttiseen fenomenologiaan perustuvalla aineistolähtöisellä analyysimenetelmällä.

Vähävaraisten lapsiperheiden hyvän voinnin merkitysrakenne kuvaa perheiden arjen rakentumista niiden omasta näkökulmasta. Hyvä vointi sai yhteisiä, mutta myös erillisiä merkityksiä, kun sitä tarkasteltiin äitien, isien ja perheen yhteisestä kokemuksesta käsin. Yhteisiä merkityksiä olivat arjen terveys, mielekäs tekeminen, päivä kerrallaan eläminen, tarkoituksenmukainen sosiaalinen verkosto, ”yhteen hiileen puhaltaminen”, riittävä taloudellinen toimeentulo ja mielekäs jaksamista ja selviytymistä tukeva toiminta. Äideille hyvä vointi merkitsi läheisverkon tukea, arjen sujumista, voimaannuttavaa äitiyttä, perheen sisäistä toimivuutta ja omaan ja perheensä hyvään vointiin vaikuttamisen mahdollisuutta. Isille hyvä vointi merkitsi yhteisten merkitysten lisäksi isänä olemisen mahdollisuutta, ruokaa nautinnon lähteenä ja oikeutta olla oma itsensä. Vähävaraisten perheiden tuen ja avun saannin kokemukset olivat yksilöllisiä ja tilannesidonnaisia. Perheet saivat ja tarvitsivat monenlaista tukea, mutta tuen saamiseen ja vastaanottaminen liittyi myös tukea murtavia tekijöitä.

Tämän tutkimuksen tulokset keskittyivät taloudellisissa vaikeuksissa elävien perheiden hyvään vointiin ja siihen liittyviin merkityksiin. Ymmärrys vähävaraisten lapsiperheiden arjesta auttaa hoitotyöntekijöitä kehittämään valmiuksiaan monialaiseen yhteistyöhön riskioloissa elävien perheiden tukemiseksi sekä sosiaalisen näkökulman huomioimiseen työssään. Kun tiedämme enemmän asiakkaidemme elämän olosuhteista ja heidän arjestaan sekä niihin liittyvien kokemusten synnyttämistä merkityksistä, ymmärrämme paremmin heidän terveyteen liittyviä valintojaan ja tuen tarpeitaan ja voimme kehittää kohdallisia ja perhelähtöisiä menetelmiä näihin tarpeisiin vastaamiseen.

## **ABSTRACT**

### **WELL-BEING IN LOW-INCOME FAMILIES WITH CHILDREN**

Earlier research knowledge has shown us that a low-income correlates with an increased risk of exclusion concerning health. The well-being of low-income families has received only limited attention in nursing research, and most of that work has focused on unearthing their problems rather than on identifying their strengths. The experience of low-income families is not often studied from the perspective of well-being from the family members, nor is knowledge of their everyday life not taken into account in family nursing.

The purpose of this study was to generate descriptive and understandable knowledge about the experiences of well-being and its support in low-income families with children. The aim was to generate knowledge of well-being in everyday life from the perspective of Finnish low-income families with children. The result of research, the structure of meaning of well-being in low-income families with children can be utilized in family nursing to develop family centred interventions and interventions which reduce health inequalities for supporting families with children living in high risk conditions.

The study consisted of four articles and a summary and used a phenomenology based method. The informants were members of low-income families with children (n=34). Data were gathered by open interviews with mothers (n=15), fathers (n=7) and family members (n=12), who were interviewed together. All of whom received income support. Data was analyzed by inductive analysis method based on descriptive and hermeneutic phenomenology.

The structure of meaning of well-being in low-income families was derived from the perspective of their daily family living. Meanings of well-being were found to be individual but common as well. Common meanings of these families' well-being were daily health, meaningful activities, "living from day to day", practical social network, "Blowing together onto one coal", sufficient economical subsistence, the common rhythm of everyday life and meaningful action, which support managing and coping. Mothers appreciated the support of significant other, the empowering motherhood, flow of everyday life, internal family functioning and the role of mother as facilitator of her own and the family's well-being. Fathers appreciated the chance to be father, food as a source of pleasure and the right to be individual. Experiences of support were personal and related to situation of each family. They were given and they needed different kinds of support some of which ended up worsening well-being.

Results of this study concentrate on meanings of well-being in families living in challenging economical living conditions. Understanding about daily living of low-income families with children help nurses to develop their competences on multiprofessional co-operation in supporting in family with children living in risk conditions and take account social aspect in their work. When we will know more about our clients' living conditions, their daily living and their meanings of experience, we will understand better their choices concerning health and their needs of support and we will be capable to develop adequate interventions

## **TAULUKOT**

Taulukko 1. Vähävaraisten lapsiperheiden hyvää vointiin liittyviä keskeisiä tutkimustuloksia

Taulukko 2. Tutkimuksen vaiheet

Taulukko 3. Esimerkki analyysin vaiheesta kolme: merkityksen sisältävä yksikkö äidin ilmaisemana ja merkityksen sisältävä yksikkö yleiskielellä

Taulukko 4. Esimerkki analyysivaiheesta neljä: yksilökohtaisen merkitysverkoston muodostaminen

Taulukko 5. Esimerkkejä hyvää vointia vahvistavasta ja murtavasta tuesta

## **KUVIOT**

Kuvio 1: Esimerkkejä perheaineiston analyysin etenemisestä vaiheesta neljä vaiheeseen viisi

Kuvio 2: Vähävaraisen lapsiperheen äidin hyvä vointi

Kuvio 3: Vähävaraisen lapsiperheen isän hyvä vointi

Kuvio 4: Vähävaraisen lapsiperheen hyvä vointi perheenjäsenten yhteisinä merkityksinä

Kuvio 5: Vähävaraisen lapsiperheen hyvä vointi perheenjäsenten erillisinä ja yhteisinä merkityksinä

## **LIITTEET**

Liite 1. Tiedonantajaperheitä kuvaavia tietoja

Liite 2. Tutkimuksen esittelykirje vähävaraisten perheiden vanhemmille

## OSAJULKAISUT

Väitöskirjan yhteenveto-osa perustuu alla esitettyihin osajulkaisuihin. Osajulkaisuihin viitataan tekstissä käyttäen roomalaista numerointia

- I Vuori A, Åstedt-Kurki P. 2009. Well-being of mothers with children in Finnish low-income families - the mother's point of view. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 23(4), 748-756.
- II Vuori A, Åstedt-Kurki P. 2012. Experiences of health and well-being among Finnish low-income fathers. *Nursing Inquiry*, Article first published online: 16.1.2012. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1800.2011.00590.x/full>
- III Vuori A, Åstedt-Kurki P. 2012. Vähävaraisten lapsiperheiden kokemuksia hyvästä voinnistaan. *Tutkiva Hoitotyö*, hyväksytty julkaistavaksi 7.8.2012.
- IV Vuori A, Åstedt-Kurki P. 2010. Vähävaraisten äitien kokemuksia terveyttä tukevista tekijöistä. *Tutkiva Hoitotyö* 8(1), 20-27.

Artikkelien käyttöön väitöskirjan osajulkaisuina on saatu kustantajien lupa.

## **SISÄLLYS**

<b>KIITOKSET</b>	<b>3</b>
<b>TIIVISTELMÄ</b>	<b>4</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>5</b>
<b>TAULUKOT, KUVIOT, LIITTEET</b>	<b>6</b>
<b>OSAJULKAISUT</b>	
<b>SISÄLLYS</b>	<b>8</b>
<b>1. JOHDANTO</b>	<b>10</b>
<b>2. TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHTA</b>	<b>15</b>
2.1 Kirjallisuuden hakeminen	15
2.2 Vähävaraisuuden määrittely	16
2.3 Vähävaraisten lapsiperheiden terveyteen liittyvä syrjäytymisriski	18
2.4 Perheen terveys, hyvä vointi ja hyvän voinnin tukeminen	21
2.5 Vähävaraisten lapsiperheiden hyvä vointi	28
2.5.1 Vähävaraisten lapsiperheiden terveys ja hyvä vointi	28
2.5.2 Vähävaraisten äitien ja isien hyvä vointi	30
2.6 Yhteenveto aikaisemmista tutkimuksista	34
<b>3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT</b>	<b>37</b>
<b>4. EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN</b>	<b>38</b>
4.1 Tutkimusmenetelmän kuvaus	38
4.2 Tutkimuksen vaiheet	44
4.3 Tutkimusaineiston keruu	45
4.4 Aineiston analyysi	49
<b>5 TUTKIMUKSEN TULOKSET</b>	<b>55</b>
5.1 Vähävaraisten lapsiperheiden hyvä vointi	55
5.1.1 Arjen terveys	55



5.1.2 Arjen sujuminen	57
5.1.3 Mielekäs tekeminen	59
5.1.4 Tarkoituksenmukainen sosiaalinenverkosto	61
5.1.5. Perheen sisäinen toimivuus	62
5.1.6 Voimaannuttava äitiys ja isyys	63
5.1.7. Oman ja perheensä hyvän voinnin mahdollistaminen	64
5.1.8 Kuvaus isien, äitien ja perheiden hyvän voinnin merkityksistä	66
5. 2 Perheiden hyvän voinnin tuki	69
5.2.1 Hyvän voinnin ylläpitäminen perheissä	69
5.2.2 Perheen ulkopuolelta saatu hyvän voinnin tuki	71
5.3. Merkitysverkosto vähävaraisen lapsiperheen hyvästä voinnista ja sen tukemisesta	76
6 POHDINTA	78
6.1 Tutkimuksen eettiset kysymykset	78
6.2 Tulosten tarkastelu	81
6.3 Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu	92
6.4 Tutkimustulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotukset	95
LÄHTEET	99

#### **Alkuperäiset artikkelit:**

- I Vuori A, Åstedt-Kurki P. 2009. Well-being of mothers with children in Finnish low-income families - the mother's point of view. Scandinavian Journal of Caring Sciences 23(4), 748-756.
- II Vuori A, Åstedt-Kurki P. 2012. Experiences of health and well-being among Finnish low-income fathers. Nursing Inquiry, Article first published online: 16.1.2012.
- III Vuori A, Åstedt-Kurki P. 2012. Vähävaraisten lapsiperheiden kokemuksia hyvästä voinnistaan. Tutkiva Hoitotyö, hyväksytty julkaistavaksi 7.8.2012.
- IV Vuori A, Åstedt-Kurki P. 2010. Vähävaraisten äitien kokemuksia terveyttä tukevista tekijöistä. Tutkiva Hoitotyö 8(1), 20-27.

## 1. JOHDANTO

Suomalaista yhteiskuntaa pidetään tasa-arvoisena, ja suomalaisten terveys on monien osoittimien mukaan kohentunut, mutta sosioekonomiset terveyserot ovat pääosin säilyneet ennallaan tai jopa kasvaneet viimeisten vuosikymmenien aikana. Sosiaali- ja terveysministeriö onkin linjannut terveyserojen tasoittamisen yhdeksi keskeisimmistä terveystalouden tavoitteista ja on ilmeistä, että monitieteistä terveyseroihin liittyvää tutkimusta eri alueilta tarvitaan lisää. (Prättälä ym. 2007, STM 2008.)

Vaikka Suomessa elintaso on kansainvälisen mittapuun mukaan korkea (European Commission 2010 c), ja suomalaiset lapset ja lapsiperheet voivat 2010-luvulle tultaessa keskimääräisesti paremmin kuin viime vuosikymmenellä, osalle perheistä näyttää kertyvän entistä enemmän ongelmia. Puhutaan perheiden ja lasten pahoinvoinnin lisääntymisestä ja vaikeutumisesta ja toisaalta riskiperheistä ja syrjäytymisvaarassa olevista perheistä, joiden auttamiseksi tarvitaan uudenlaisia näkökulmia ja moniammatillista yhteistyötä. (mm. Heimo 2002, Rimpelä 2002, Pelkonen & Martelin 2008, Lammi-Taskula & Salmi 2009, Vaarama ym. 2010.)

Syrjäytyminen on usein jo lapsuusiässä alkava prosessi ja siihen liittyy usein myös taloudellista huono-osaisuutta, köyhyyttä. Työelämästä syrjäytyminen, sosioekonomiset terveyserot, tuloerot ja suhteellinen köyhyys ovat 2000-luvulla joko kasvaneet tai pysyneet korkealla tasolla. Suomessa köyhiin tai köyhyysuhan alaisiin ihmisiin kuuluu noin 13 prosenttia väestöstä. (Lindqvist 2003, Salmi ym. 2009, Moisio 2010). Taloudellinen syrjäytymisriski näyttää Suomessa koskettavan erityisesti lapsiperheitä. Lapsiperheet ovat jääneet jälkeen keskimääräisestä tulokehityksestä, ja lapsiperheiden köyhyys on kolminkertaistunut kymmenen viime vuoden aikana ja lapsiköyhyys noussut 14 prosenttiin (Sosiaali- ja terveystietokeskus 2000, Ruotsalainen 2006, Salmi ym. 2009). Lapsiperheiden osuus pienituloisimmista noin 700 000 suomalaisesta näyttäisi vuoden 2010 Sosiaali- ja terveystietokeskuksen (2010) mukaan olevan taas kasvussa, vaikka kasvu välillä on pysähtynytkin. Perheen köyhyys koskettaa jo noin 150 000 suomalaista lasta (Sosiaali- ja terveystietokeskus 2010).

Perhetaustan kasvanut merkitys köyhyyden selittäjänä tukee nykyistä kuvaa huono-osaisuudesta: puhutaan toisen polven köyhistä, joille tunnusomaista on työttömyys ja matala koulutustaso. Suomalainen yhteiskunta näyttää eriarvoistuvan. (Conger & Donnellan 2007, Airio & Niemelä 2009, Moisio 2010.) Yksi tähän ilmiöön liittyvä erikoisuus ovat työssäkäyvät köyhät. Esimerkiksi Kanadassa 31 % kaikista matalatuloisissa perheissä elävistä lapsista eli perheessä, jossa ainakin

toinen vanhempi työskenteli täysipäiväisesti (Campaign 2000, 2005). Airio (2008) on tutkinut tätä ilmiötä Euroopassa ja Pohjoismaissa ja päätenyt tutkimuksessaan siihen, että työtä tekevien köyhyys on monin osin seurausta siitä, ettei yksi palkka ole aina riittävä turva kotitalouden taloudelliseen hyvinvointiin. Kahden ansaitsijan mallista näyttää tulleen uusi työnteon normi, joka heijastuu elinkustannuksiin ja palkkatasoon. Suomessa joka neljäs yksinhuoltajaperhe on luokiteltu pienituloiseksi (Pylkkänen 2009). Samalla kun työmarkkinat epävakautuvat ja yhden aikuisen sekä yksinhuoltajakotitalouksien määrä lisääntyy, kotitalouksien toimeentulon takaamiseen tarvitaan yhä useammin kaksi ansaitijaa (Airio 2008, European Commission 2010b).

Köyhien lapsiperheiden määrän lisääntyminen ns. hyvinvointivaltioissa on kansainvälinen ilmiö. Euroopan komissio ja Eurostat julkaisevat yhdessä vuosijulkaisua, jossa arvioidaan Euroopan unionin ja sen jäsenmaiden sosiaalista tilannetta. Euroopan unionin kansalaisista noin joka kuudes, 80 miljoonaa ihmistä, elää köyhyysrajan alapuolella. EU:n käyttämä köyhyyden mittari on suhteellinen: köyhyysrajana pidetään 60:tä prosenttia jäsenvaltion mediaanitulosta perhekoon mukaan tasoitettuna. Vuoden 2009 raportin mukaan unionin kansalaiset ovat tyytymättömiä eriarvoisuuteen ja köyhyyteen ja katsovat, että tilanne on huonontunut viiden viimeisen vuoden aikana ja että se uhkaa huonontua edelleen. EU:n strategia tavoittelee köyhyyden vähentämistä neljänneksellä. Komission maaliskuussa 2010 julkaisema ehdotus EU 2020 -strategiaksi on nostanut esiin keskustelun köyhyydestä ja sen mittaamisesta. Komission ehdotus on sosiaalipoliitikoille haastava, ja se sisältää merkittävän uuden haasteen jäsenmaille: niiden tulisi asettaa omalle toiminnalleen määrällisiä tavoitteita, joista yksi on vähentää köyhyysriskissä elävien kansalaisten osuutta vuoteen 2020 mennessä 20 miljoonalla henkilöllä. Tavoitteiden saavuttamiseksi ehdotetaan eurooppalaisen yhteistyön ja kansallisen tason toimien tiivistämistä köyhyyden vähentämiseksi. EU-tason yhteistyötä varten komissio ehdottaa avoimen koordinaation kehittämistä, innovatiivisia ohjelmia mm. koulutuksen ja työmahdollisuuksien lisäämiseksi sekä etuuksien ja palvelujen yleistä edistämistä. Kansallisella tasolla komission ehdotuksen mukaan tulisi vahvistaa vastuuntuntoa, kohdentaa toimet riskiryhmiin ja hyödyntää etuuksia ja palvelujärjestelmää. (European Commission 2010a.)

Englannissa, missä ilmiö osalle lapsiperheistä kasaantuvista ongelmista on myös tuttu, on havaittu se, että kun köyhyyttä arvioidaan perheen tulotasolla, se koskettaa usein juuri pieniä lapsia (Gordon 2004). Tällaisissa perheissä ja niiden lapsilla pienituloisuuteen liittyy usein syrjäytymisriski terveydestä ja hyvinvoinnista. Useissa englantilaisissa tutkimuksissa osoitetaan, että lasten ja nuorten mielenterveyshäiriön riski on yli kaksi kertaa suurempi niillä, jotka elävät köyhissä

talouksissa kuin muilla ja että vähävaraisten perheiden lapsilla on myös muita lapsia suurempia hyvään vointiin ja terveyteen liittyviä riskejä (Meltzer & Gatward 2000, Gordon 2004, Attree 2006). Terveyden ja perheen köyhyyden välinen yhteys on tuttu myös Euroopan ulkopuolella (mm. Ferguson-Marshall & Miller 2005, Denham 2003b, Najman ym. 2010, Larson & Halfon 2010 ).

Vähävaraisten lasten ja heidän perheidensä hyvinvoinnin tukeminen on Suomessa ja koko Euroopassa yksi keskeinen terveystalouden painopiste (mm. Council of the European Union 2010, European Commission 2010b, STM 2008a, 2008b, 2009, 2011, 2012, Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Heikoimmassa asemassa olevia perheitä tavoitetaan kuitenkin huonosti, eivätkä tukitoimet aina toimi tarkoitetulla tavalla. Huonossa sosiaalisessa asemassa olevien tarpeiden parempaa huomioimista terveystalouden suunnittelussa ja järjestämisessä sekä hoito- ja toimintakäytännöissä pidetään edellytyksenä terveyden tasa-arvon toteutumiselle (Manderbacka ym. 2007, Kaseva 2011). Hoitotyöntekijät, muun terveydenhuollon henkilökunnan ohessa, ovat tässä avainasemassa (Cohen & Reuter 2007, Terveydenhuoltolaki 2011, STM 2012).

Vähävaraisten lapsiperheiden tukemisessa ja terveyden edistämisessä tarvitaan monialaista tietoa ja yhteistyötä toiminnan perustaksi. Suomalaisessa hoitotyön tutkimuksessa ja hoitotyön toiminnassa ei sosioekonomisiin terveyseroihin eikä ylipäätään asiakkaiden, yksilöiden eikä perheiden sosiaalisen taustan merkitykseen ole kiinnitetty kovin paljon huomiota, vaikka terveyserojen vähentäminen on asetettu tavoitteeksi Kansallisessa hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmassa 2004 - 2007 (STM 2003), Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämisohjelmassa KASTE 2008 – 2011 ja 2012 -2015 (STM 2008a, 2012) ja Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) sekä siihen liittyvässä asetuksessa (338 / 2011).

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2008) tarkastelivat terveydenhuollon potilaiden ja asiakkaiden sosio-demografisten muuttujien yhteyttä riippuviin muuttujiin ja niiden merkitystä hoitotieteelliselle tutkimukselle ja tiedon käytölle Hoitotiede-lehdessä vuosina 1997- 2006 julkaisujen suomalaisten kvantitatiivisten tutkimusten avulla. Tulokset osoittivat, että vaikka taustamuuttujien yhteyksiä oli jonkin verran kuvattu, niiden merkitystä hoitotyölle ei pohdittu. Vaikka koulutustaustaa oli tarkasteltu demograafisena muuttujana, sosioekonomista asemaa ja ammattia tai asuinympäristöä ei ollut juurikaan käytetty. Koulutustausta oli määritelty hyvin monella tavalla, eikä ristiriitaisten tulosten perusteella voitu löytää siihen liittyviä suosituksia, vaikka näyttikin siltä, että alimman koulutuksen saaneilla oli eniten ohjaustarvetta.

Terveyden eriarvoisuuden lisääntyminen haastaa hoitotyöntekijät, muun terveydenhuollon henkilökunnan ja tutkijoiden ohessa, etsimään aiempaa tehokkaampia ja näyttöön perustuvia

toimintamalleja perheiden terveyden eriarvoisuuden vähentämiseksi. Vaikka niin perhehoitotyössä kuin terveyspalvelujen kehittämisessäkin on pyritty painottamaan ongelmalähtöisen ajattelun sijaan resurssilähtöistä, perheiden ja asiakkaan vahvuuksia ja osallistumista painottavaa työskentelytapaa, se on osoittautunut erittäin haasteelliseksi erityisesti syrjäytymisriskissä olevan väestön kohdalla (Benzein ym. 2004, Aston ym. 2006, Gottlieb & Gottlieb 2007, Häggman-Laitila ym. 2010).

Hoitotyössä vähävaraisia perheitä on ennemminkin lähestytty ongelmien kuin vahvuuksien etsimisen näkökulmasta, eikä niiden hyvään vointiin ole useinkaan kiinnitetty huomiota (Denham 2003a, Averit 2003). On tutkimusnäyttöä siitä, että hoitotyöntekijöiden ja vähävaraisten perheiden kohtaamiset eivät aina lisää terveyden tasa-arvoa vaan saattavat myös leimata ja vahvistaa stereotypioita ja tarjota ongelmien ratkaisua perheen ulkopuolelta (Hart & Freeman 2005). Perheet jäävät helposti objekteiksi, joille palveluja tuotetaan, mutta ne eivät pääse mukaan suunnittelemaan ja kehittämään tarvitsemiaan palveluja (mm. Denham 1999, Reutter ja Duncan 2002, Martins 2008).

Denhamin (1999, 2003b) mukaan ongelmat vähävaraisten perheiden ja hoitotyöntekijöiden välillä liittyivät työntekijöiden asenteisiin. Perheitä pidettiin erilaisina, puhuttiin helposti uhkien asettamisesta ja tarjottiin ratkaisuja omasta näkökulmasta. Tuomitsevat asenteet sellaisia marginaalisia elämäntapoja kohtaan, jotka olivat vastakkaisia yhteiskunnan valtavirroille, estivät yhteistyökykyisen suhteen kehittymisen. (Denham 1999, 2003b.)

Sepposen ja kumppaneiden (2000) tutkimuksessa ”Sairaanhoitajien asenteista terveydenhuollon valintoihin” ilmeni ristiriita realismin ja kutsumuksen välillä. Köyhien potilaiden hoitoa priorisoitiin, kun taas itseaiheutettuja sairauksia sairastavia ja rikkaita posteriorisoitiin eli heidän haluttiin kustantavan palvelunsa itse. Näyttää siltä, että sairaanhoitajat haluavat hoitaa hyvin yhteiskunnan heikko-osaisimpia, mutta he eivät pohdi syvemmin asiakkaiden sosiaalisten taustojen yhteyttä terveyteen ja terveyskäyttäytymiseen. Reutterin ja kumppaneiden (2004) mukaan hoitotyöntekijöiden ymmärrys köyhyyden vaikutuksesta terveyteen näyttää olevan yhteydessä siihen miten hoitajat vuorovaikuttavat asiakkaidensa kanssa ja niihin strategioihin joiden mukaan he työskentelevät.

Tiedetään että hoitotyöntekijät voivat vaikuttaa rakenteellisiin olosuhteisiin, jotka johtavat köyhyyteen ja sen negatiivisiin seurauksiin (Reutter & Williamson 2000, Williamson & Drummond 2000, Reutter & Duncan 2002). Kanadalaiset tutkijat Cohen ja Reuter (2007) toteavat kuitenkin, että vaikka hoitotyöntekijöiden rooli vähävaraisten perheiden tukijoina ja palveluiden tuottajina tunnetaan ja saa vahvaa tukea (myös Woi-Hyun ym. 2009), ei ole keskusteltu heidän muodollisesta roolistaan lapsiperheiden köyhyyden tunnistajana, lievittäjänä ja lasten ja perheiden köyhyyden

vähentäjänä. Ei myöskään ole kiinnitetty huomiota ammatillisiin valmiuksiin vastata tällaisiin haasteisiin (Cohen & Reutter 2007).

Oldsin (2006) mukaan hoitotyöntekijöillä on toisaalta luottamusta väestön keskuudessa. Heillä on myös koulutusta ja taitoa kohdata vaikeissa elämäntilanteissa olevia perheitä, joten heitä kannattaa hyödyntää ennaltaehkäistäessä lasten ja perheiden pahoinvointia (Olds 2006). Hoitotyöntekijöiden roolia sosiaaliset ja yhteiskunnalliset näkökulmat työssään huomioonottavana ammattilaisena onkin syytä vahvistaa (White 1995, Van der Zalm & Bergum 2000, Reutter & Kushner 2010).

Amerikkalaisissa hoitotyön tutkimuksissa on selvitetty muun muassa sairaanhoitajan mahdollisuuksia auttaa kodittomia lapsiperheitä niiden lähtökohdista käsin (Berne ym. 1999), taloudellisista vaikeuksista kärsivien perheiden näkökulmaa terveyteen (Denham 1999) ja kodittomien naisten, joilla oli alle kouluikäisiä lapsia, kokemuksia kodittomuudesta (Averit 2003). Suomessa varsinaista vähävaraisuuteen liittyvää tutkimusta hoitotyön näkökulmasta ei ole tehty, mutta perheiden sosiaalinen tausta on noussut esiin taustatekijänä useissakin tutkimuksissa (mm. Rask ym. 2002). Eri elämäntilanteissa elävien lapsiperheiden terveyden ja hyvinvoinnin tukemisessa ja edistämiseksi tarvitaan tietoa perheiden omasta näkökulmasta, niiden arjesta ja sieltä nousevista merkityksistä. Häggman-Laitilan ja Pietilän (2007) monitieteisessä tutkimuskatsauksessa, joka koski lapsiperheiden terveyttä edistävää tukea ja sen lähtökohtia, esitettiin tutkimus- ja kehittämisalueiksi perheen oma käsitys ja kokemus terveydestään sekä perheiden terveyden tunnistamisen ammatilliset lähtökohdat.

Erilaisten ja erilaisissa elämäntilanteissa elävien perheiden arjen tunteminen ja arjesta nousevien merkitysten ymmärtäminen on tärkeää, kun halutaan tukea perheiden terveyttä ja hyvää vointia heidän omista lähtökohdistaan käsin. Vaikka terveydenedistäminen, asiakaslähtöisyys, asiakkaan osallisuuden lisääminen ja terveyden eriarvoisuuden vähentäminen ovat keskeisiä painopisteitä terveydenhuollon kehittämisessä (STM 2012), vähävaraisten perheiden hyvän voinnin tukemiseen ei ole kiinnitetty kovin paljon huomiota. Näitä perheitä lähestytään usein luokittelun ja ongelmien kautta eikä vahvuuksien etsimisen näkökulmasta. Toisaalta hoitotyöntekijöillä on potentiaalisia taitoja kohdata vaikeissa elämäntilanteissa eläviä perheitä, ja näitä taitoja voitaisiin hyödyntää laajasti perheiden kanssa työskenneltäessä.

Tässä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita vähävaraisten lapsiperheiden subjektiiviseen hyvään vointiin liittyvästä terveydestä ja sen tukemisesta. Tavoitteena on tuottaa tietoa suomalaisten vähävaraisten lapsiperheiden hyvästä voinnista perheen ja perheenjäsenten omasta näkökulmasta. Tietoa voidaan hyödyntää vähävaraisten lapsiperheiden tuen kehittämisessä ja terveyteen liittyvän

eriarvoisuuden vähentämisessä. Perheellä ajatellaan olevan yksilöllisiä ja yhteisiä kokemuksia terveydestään ja hyvästä voinnistaan ja niistä saadaan tietoa haastattelemalla perheenjäseniä erikseen (äitien ja isien haastattelut) ja yhdessä (perhehaastattelut). Perheenjäsenten subjektiivista näkökulmaa hyvään vointiin pidetään tärkeänä ja siitä saatavan tiedon ajatellaan olevan sosiaalisesti ja situationaalisesti rakentuvaa (Rolfe 2006). Perheet määrittivät itse keitä perheeseen kuuluu, ja perhettä ajatellaan kokonaisuutena, joka on enemmän kuin osiensa summa.

## **2. TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHTA**

### **2.1 Kirjallisuuden hakeminen**

Olen perehtynyt aiheeseen liittyvään aikaisempaan kirjallisuuteen ja tutkimustietoon vähitellen tutkimusprosessin kuluessa ymmärtääkseni syvemmin tutkimaani ilmiötä sekä rajatakseni ja selkeyttääkseni tutkimustehtäviäni tutkimukseni eri vaiheissa. Aikaisempaa kirjallisuutta en käytä tutkimusta ohjaavana viitekehystenä koska fenomenologisen tutkimusstrategian lähtökohtana on tutkijan avoimuus: tutkimuskohdetta pyritään lähestymään ilman ennalta määrättyjä oletuksia, määritelmiä tai teoreettista viitekehystä. Teoreettiseen tietoon perehtyminen etukäteen auttaa tutkijaa tiedostamaan paremmin ennakko-oletuksiaan. Tutkijan näkökulman esittäminen auttaa myös lukijaa ymmärtämään tutkijan ajattelun ja toiminnan etenemistä sekä arvioimaan tutkimustiedon tuottamista. (Oiler Boyd 2001, Flinck & Åstedt-Kurki 2009.)

Tutkimuksen lähtökohtana käyttämäni tutkimustieto perustuu vuosina 2004- 2012 tehtyihin useisiin kirjallisuushakuihin kotimaisista ja ulkomaisista tietokannoista. Perushaku on tehty Tampereen yliopiston informaatikon avustuksella yliopiston käytettävissä olleista tietokannoista 2004 ja olen täydentänyt sitä useaan otteeseen prosessin aikana osajulkaisujen yhteydessä ja yhteenvetoa tehdessäni vielä keväällä 2012. Tiedonhakemisessa olen käyttänyt seuraavia tietokantoja: LINDA, Medic, PubMed, Medline (Ovid), Cinahl (EBSCO), EBSCOhost Academic Search Premier, EBSCOhost Academic Journal Service, ISI Web of Science, Social Sciences Citation Index (SSCI), Scopus (Elsevier), Annual reviews: Social sciences, BioMed Central, Cochrane Library, ScienceDirect, ERIC, British Nursing Index ja SveMed+. Yksittäisinä hakusanoina ja hakusanojen yhdistelminä käytin suomenkielisiä termejä: vähävaraisuus, köyhyys, matalatuloisuus, työttömyys, sosioekonominen, syrjäytyminen, vähävaraiset äidit, vähävaraiset isät, perhe, lapsiperhe, hyvä vointi, terveys, koettu terveys, terveyden eriarvoisuus, perhehoitotyö, hoitotyö, ja englanninkielisiä termejä; low-income, poverty, unemployment, socio-economical, marginalization, social exclusion,

low-income mother, low-income father, family, family with children, well-being, wellbeing, health, experienced health, health inequity, family nursing ja nursing. Lisäksi tein myös manuaalisia hakuja edellä mainittuja hakusanoja hyödyntäen ja etsin eri hakujen kautta saatujen lähdeluetteloiden avulla uusia lähteitä. Haut rajasin koskemaan pääsääntöisesti kymmenen viime vuoden aikana ilmestyneitä suomen- ja englanninkielisiä aihetta käsitteleviä refereejulkaisuja tai tieteellisiä tutkimuksia. Lisäksi käytin joitakin tutkimuksen kannalta olennaisia vanhempia lähteitä. Kirjallisuushakujen tuloksia arvioidessani valintakriteerinäni oli ensin lähteen otsikko ja avainsanat sitten tiivistelmä, jonka perustella valitsin tutustuttavat kokonaiset artikkelit ja tutkimukset. Erilaisin sanayhdistelmin ja rajauksin lähteitä kertyi tutkimusprosessin kuluessa lukuisia. Niistä valitsin aina aiheen mukaisesti kuhunkin tutkimusvaiheeseen liittyvät keskeiset lähteet.

## **2.2 Vähävaraisuuden määrittely**

Köyhyys jaetaan usein absoluuttiseen ja suhteelliseen köyhyyteen. Absoluuttinen köyhyys, joka uhkaa ihmisen hengissä pysymistä ja hänen biologisia perustarpeitaan on harvinaisempaa niin sanotuissa vauraissa maissa, kuten Suomessa. Suhteellisessa köyhyydessä taas oleellista on, että köyhät ovat köyhiä verrattuna muuhun väestöön. Puhutaan myös subjektiivisesta köyhyydestä, millä tarkoitetaan sitä, että ihmiset itse kokevat olevansa köyhiä. Subjektiivinen köyhyys on jäänyt tutkimuksessa kvantitatiivisen tutkimuksen varjoon vaikka usein esimerkiksi sosiaalitieteissä on esitetty, että huono-osaisten ääntä tulisi kuulla entistä enemmän. (Kangas & Ritakallio 2008.)

Toimeentulotuen saamista on pidetty yhtenä köyhyyden ja syrjäytymisen indikaattorina (mm. Haapola 1997). Toimeentulotuella tarkoitetaan Toimeentulotukilain (1412/1997) ja asetuksen (66/1998) mukaan kunnan varoista suoritettavaa sosiaalihuoltoon kuuluvaa viimesijaista tukea kotitaloudelle silloin, kun käytettävissä ei ole tavanomaisia tuloja tai toimeentuloa turvaavia etuuksia tai ne eivät riitä turvaamaan henkilön ja perheen ihmisarvoisen elämän kannalta vähintään välttämätöntä toimeentuloa. Toimeentulotuen menotilaston 2010 mukaan toimeentulotukea sai Suomessa vuonna 2010 240 257 kotitaloutta, joista lapsiperheitä oli 21 %. Yksinhuoltajien muodostamia kotitalouksia toimeentulotukea saavista lapsiperheistä oli yli puolet (55 %).

Köyhyyden mittaamisen yhtenä ongelmana on, että usein saadaan erilaisia tuloksia, kun verrataan subjektiivista kokemusta ja ulkoisilla mittareilla saatua tulosta. Lindqvist (2003) esittelee artikkelissaan kolme erilaista tapaa määritellä köyhyysastetta samasta aineistosta: suhteellinen tulomittari, jossa kotitalouden tulot suhteutetaan väestön keskimääräisiin tuloihin, subjektiivinen mittari, jossa ihmisiltä itseltään kysytään heidän omaa käsitystään käytettävissä olevien rahojensa



riittävydestä välttämättömiin menoihin sekä toimeentuloasiakkuus eli jos kotitalous tai joku sen jäsenistä on saanut tutkimusvuoden aikana toimeentulo tukea, kotitalous on tulkittu köyhäksi kotitaloudeksi. Eri mittaustavat antavat erilaisia tuloksia: samat ihmiset saattavat kokea olevansa ”köyhiä”, mutta eivät esimerkiksi saa toimeentulotukea tai toimeentulotukea saavat eivät ole tuloilla mitattuna tuloköyhyysrajan alapuolella. Lindqvistin (2003) mukaan itse arvioidusta minimitulorajasta johdetut köyhyysrajat ovat muilla menetelmillä johdettuja korkeampia.

EU Komissio on ehdottanut, että suhteellisen köyhyysmittarin rinnalla otettaisiin käyttöön myös niin sanottu materiaallisen deprivaaion eli aineellisen puutteen mittari. EU:ssa on laadittu tavoiteohjelma köyhyys- tai syrjäytymisriskin vähentämisestä vuoteen 2020 mennessä 25 prosentilla vuoden 2008 tasosta. Tähän liittyen esitetään otettavaksi käyttöön mittaustapa, joka ottaa huomioon paitsi pienituloisuuden (pienituloisuuden rajana 60 % mediaanista) ja kotitalouksien heikkoa kiinnittymistä työmarkkinoille kuvaavan vajaatyöllisyyden myös muunlaisia elintasovajeita kuvaavan aineellisen puutteen (material deprivation) arvioitaessa tavoiteohjelman toteutumista. Puutteita aineellisessa elintasossa mitataan siten että jos kotitaloudella on puutetta vähintään neljässä alla luetelluista asioista, se on aineellisessa puutteessa: Ei ole varaa 1) puhelimeen, 2) pesukoneeseen, 3) autoon, 4) väritelevisioon, 5) viikon lomaan kodin ulkopuolella, 6) päivittäiseen proteiinipitoiseen ateriaan, 7) pitää kotia lämpimänä, 8) tai ei selviä yllättävistä isohkoista laskuista ilman apua, 9) tai on ollut osamaksujen, lainojen, vuokran tai asumiskustannusten (ml. asuntolainan korot ja lyhennykset) maksuhäiriöitä. (European Commission 2010b, Suomen virallinen tilasto 2012.)

Koska yksiselitteinen vähävaraisuuden mittaaminen on vaikeaa ja syrjäytymisriski liittyy hyvin monenlaisiin perheisiin ja elämäntilanteisiin, tässä tutkimuksessa on päädytty käyttämään toimeentulotukiasiakkuutta köyhyyden ja vähävaraisuuden tunnusmerkkinä. Sillä nähdään olevan yhteys epävakaisiin elämäntilanteisiin. Kun köyhyys määritellään toimeentulotuen saamiseksi, yksinhuoltajat, työttömät, nuoret, eronneet sekä henkilöt, joiden lapsuuden perhe on ollut toimeentulotuen asiakkaana, tulevat esiin köyhyyden riskiryhmänä (Kangas & Ritakallio 1996, 2008). Tässä tutkimuksessa tiedonantajiksi valittiin sellaisia vähävaraisten lapsiperheiden isiä ja äitejä, jotka saivat toimeentulotukea ja joiden toimeentuloasiakkuus oli jatkunut vähintään vuoden ja lapsiperheitä, joissa toinen vanhemmista oli työtön ja työttömyys oli jatkunut vähintään vuoden. Vähävaraisuutta ajateltiin perheenjäsenten ja perheiden elämää yhdistävänä kokemuksena.

### 2.3 Vähävaraisten lapsiperheiden terveyteen liittyvä syrjäytymisriski

Perheet kokevat voimavaransa heikoiksi ja terveytensä ja hyvän vointinsa uhatuksi, kun ne eivät tunne selviytyvänsä arjen vaatimuksista. Terveen tai hyvin toimeentulevan perheen vastakohtana pidetään syrjäytymisvaarassa olevia perheitä, ongelmaperheitä, moniongelmaisia perheitä tai erityistuen tarpeessa olevia perheitä (Heimo 2002, Lastenneuvolatoiminnan asiantuntijatyöryhmän muistio 2003, Armanto ym. 2007, Lammi-Taskula 2009, Mäki ym. 2011). Nämä käsitteet eivät ole yksiselitteisiä eivätkä tarkkarajaisia. Jokaisella perheen tukemiseen liittyvällä asiantuntijalla on oma näkemys riskiperheestä, mutta yhteisten määrittelyjen, kriteerien ja ohjeiden avulla pyritään näkemysten yhdensuuntaisuuteen.

Syrjäytyminen on käsitteenä moniulotteinen. Monet tutkijat ovat yhtä mieltä siitä, että syrjäytyminen ja siihen liittyvä kasautuva huono-osaisuus on prosessi. Erityisesti köyhyys ja pienituloisuus näyttävät käynnistävän prosessin, jonka myötä ihmiset ajautuvat huono-osaisuuden kierteseen. Syrjäytymistermiä pidetään kuitenkin melko leimaavana, ja sosiaalitieteissä syrjäytymispuheesta on siirrytty osallistamiseen (eksluusiosta inklusioon) ja osattomuus-osallisuus vastinpareihin. Tällöin ilmiö nähdään kaksisuuntaisena, eikä syrjäytymistä nähdä lopullisena. (Seppänen 2001, Lämsä 2009.)

Amerikkalaisessa kirjallisuudessa puhutaan helposti haavoittuvista ja suojattomista (vulnerability) perheistä ja väestöryhmistä (mm. Flakerud ym. 2002, Sebastian ym. 2002, Kaiser ym. 2009). Esimerkkejä tällaisista ryhmistä ovat kodittomat ihmiset, raskaana olevat teinit, siirtotyöläiset, vaikeasti mielenterveyshäiriöiset, päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjät, matalatuloiset ryhmät, tietyt rodulliset ja etniset ryhmät, vammaiset, väkivaltaa kokeneet tai tarttuvia tauteja (esim. AIDS tai hepatiitti B) sairastavat. Haavoittuvuus määritellään taipumukseksi negatiivisiin tilanteisiin, jotka syntyvät ulkoisten ja sisäisten tekijöiden vuorovaikutuksena ja joihin yksilöillä tai perheillä itsellään ei ole paljonkaan mahdollisuutta vaikuttaa. Usein näihin ryhmiin kuuluvat pystyvät kontrolloimaan terveyttään huominkin kuin muu väestö. Jotkut heistä pystyvät kuitenkin välttämään näihin ryhmiin kuulumiseen liittyviä terveysriskejä ja olisikin tärkeää löytää niitä tekijöitä, jotka tekevät heidät vahvoiksi. (Sebastian ym. 2002.)

Aikaisempien tutkimustulosten perusteella tiedetään, että aineelliset elinolot ovat psykososiaalisten tekijöiden ja terveyskäyttäytymisen ohella merkittävä tekijä terveyserojen syntymisessä (mm. Wood 2003, Mäki & Martikainen 2007) ja että sosio-ekonomisella statuksella on yhteyttä terveydentilaan, sairastavuuteen, kuolleisuuteen (mm. Wood 2003, Mäki & Martikainen 2007, Prättälä ym. 2007), terveyskäyttäytymiseen, kokemukselliseen terveyteen (Rahkonen ym. 2007, Jones & Wildman

2008) ja terveyspalveluiden käyttöön (Lostao ym. 2007, Wamala ym. 2007). Alhainen tulotaso ei kuitenkaan aina tarkoita huonoa, eikä korkea tulotaso hyvää terveyttä, vaan yhteys on monimutkaisempi (mm. Rahkonen ym. 2000). Joidenkin tutkijoiden mukaan tulojen epätasa-arvoisella jakautumisella on suurempi vaikutus terveyteen kuin tulotasolla (mm. Isaacs & Schroeder 2004, Wilkinson & Pickett 2006). Kehittyneissä maissa tämä teoria ei kuitenkaan näytä selittävän tuloerojen suuruuden ja terveyden välistä yhteyttä. Esimerkiksi Suomessa tuloerot kuuluvat maailman pienimpiin, mutta miesten elinajanodote on vain eurooppalaista keskitasoa ja kuolleisuuden sosioekonomiset erot eurooppalaisittain suuret. (Lahelma ym. 2007.)

Vaikka tuloerot maailmanlaajuisesti arvioiden ovat Suomessa pienet, näyttävät terveydelliset riskit silti kasautuvan myös meillä vähävaraisiin perheisiin. Perheen ja perheenjäsenten terveydellä, mitataan niitä sitten objektiivisesti tai subjektiivisesti, on selkeä yhteys matalaan tulotasoon, vaikka se ei ole suoraviivainen, eikä yksiselitteinen. Yhteyksiä on löydetty muun muassa matalan sosioekonomisen aseman aiheuttamien ankarien elinolosuhteiden ja persoonallisen kehityksen vaikeutumisen (Conger ym. 2007) ja murrosikäisten ylipainon ja köyhyyden (Hanson ym. 2009) välillä. Vanhempien alhaisella tulotasolla oli yhteys lasten huonoon terveyteen sekä terveydenhuollon huonoon saatavuuden ja käyttöön (Larson & Halfon 2010). Myös perheen köyhyys ja lapsen köyhyyteen joutumisen useus olivat yhteydessä murros- ja nuoruusiän masennukseen ja ahdistukseen (Najman ym. 2010). Pohjoismaissa perheenjäsenen työttömyys ja huono terveys (Roos ym. 2005) sekä perheen alhainen sosioekonominen asema ja koululaisten psykosomaattisten oireiden useus liittyivät toisiinsa (Berntsson ym. 2001). Suomessa mm. Lahelma ja kumppanit (2006) ja Palosuo ja kumppanit (2006) ovat löytäneet vastaavanlaisia yhteyksiä perheen sosioekonominen tilanteen ja terveyden väliltä. Terveyden ja matalatuloisuuden yhteyttä vahvistaa myös Tarkiaisen ja kumppanien (2011) tutkimus tuloluokkien välisistä eroista elinajanodotteessa vuosina 1988–2007. He havaitsivat, että elinajanodote kasvoi kyseisenä ajanjaksona kaikissa muissa kuin alimmassa tuloviidenneksessä, jossa se pysähtyi 1990-luvun alkupuolella. Ero 35-vuotiaiden elinajanodotteessa ylimmän ja alimman tuloluokan välillä kasvoi: miehillä ero kasvoi 7,4 vuodesta 12,5 vuoteen, naisilla 3,9 vuodesta 6,8 vuoteen. (Tarkiainen ym. 2011.) Terveyserot eri sosioekonomisten ryhmien välillä näyttävät Suomessakin kasvavan, vaikkakaan johtopäätösten vetäminen ja ylipäätään sosiaalisen epätasa-arvoisuuden mittaaminen terveydessä ei ole helppoa eikä yksiselitteistä.

Perheen sosioekonominen tilanne ja sosiaaliluokka vaikuttavat tutkitusti myös terveyskäyttäytymiseen perheissä (mm. Kontula ym. 1998, Ferguson-Marshall & Miller 2005, Prättälä 2007, Mäkinen 2010) ja koettuun terveyteen (Rahkonen ym. 2007). Kontula ja kumppanit

(1998) tutkivat 90-luvun taloudellisen laman terveysvaikutuksia ja totesivat, että toimeentulotukea saaneilla keski-ikäisillä suomalaisilla miehillä oli kolme kertaa muita useammin lääkärin diagnostisoima, haittaava sairaus, ja he käyttivät 4 - 5 kertaa muita useammin lääkärin määräämiä lääkkeitä. He myös kokivat terveytensä huonommaksi kuin muut. Koettu terveys liittyi ihmisten pessimistisyyteen tulevan selviämisen suhteen. (Kontula ym.1998.) Toimeentulotuensaajilla on lisäksi todettu pessimismin olevan 2 - 3 kertaa muita yleisempää (Palosuo ym. 2004).

Sosioekonomisen aseman ja terveyden yhteyden kompleksisuus näkyy esimerkiksi englantilaisten Currien ja kumppanien (2007) tutkimuksessa lasten terveyden ja vanhempien tulotason välisistä yhteyksistä. Perheen tulojen vaikutus lasten terveyteen ei tullut ilmi, kun terveyttä mitattiin objektiivisilla mittareilla. Matalatuloisten vanhempien lasten subjektiivisesti arvioitu terveys oli hieman huonompi, mutta heillä ei ollut sen enempää kroonisia sairauksia, kuten astmaa, psyykkisiä sairauksia ja ihosairauksia, kuin muihinkaan tuloluokkiin kuuluvien lasten vanhemmilla. Yhteyttä ei tässä tutkimuksessa löytynyt myöskään vanhempien työttömyyden ja lasten huonon terveyden väliltä. Sen sijaan ravinto ja elintavat olivat yhteydessä lasten terveyteen siten, että lasten säännöllinen vihannesten kulutus ja vanhempien, erityisesti äidin säännöllinen liikunta, olivat positiivisessa yhteydessä lasten terveyteen myös matalatuloisissa perheissä. (Currie ym. 2007.) Vaikka Currien ja kumppanien tulosten luotettavuutta on kritisoitu (Case ym. 2008), näyttää siltä että vanhempien tulot eivät ole päätekijä lasten terveydessä. Kanadalaisen Raphaelin (2003) mukaan perheen kokemalla köyhyydellä voi kuitenkin olla suurempi merkitys elämän kokonaisuudessa kuin elämäntapaan liittyvillä tekijöillä.

Köyhyyden vaikutusta terveyseroihin voidaan tarkastella useasta näkökulmasta. Köyhyys heikentää terveyttä huonontamalla suoraan elinoloja: ruuan laatu voi varojen puutteen vuoksi olla huonoa. Köyhyys voi estää terveyspalvelujen käyttöä, jos niiden saanti on kiinni rahasta. Köyhyyteen voi liittyä sellaisia elämäntapatekijöitä, jotka huonontavat terveyttä kuten alkoholinkäytön runsaus tai tupakointi. Myös heikko terveys voi itsessään johtaa vähäiseen tulotasoon. (Mannila 2002.) Toisaalta köyhyys tai vähävaraisuus ei välttämättä johda ongelmiin, suuri osa yksilöistä ja perheistä selviytyy hyvin (Gross, Sambrook & Fogg 1999, Sebastian ym. 2002 ).

Yhteiskunnassamme on vähemmistöryhmiä, joihin kuuluvien terveys ja siihen liittyvät voimavarat ovat keskimäärin erittäin huonot. Tällaisia heikon terveyden riskiryhmiä ovat esimerkiksi toimeentulotuen varassa elävät, työttömät ja mielenterveysongelmista kärsivät. Huono-osaisuus on kuitenkin myös riskiryhmiä laajempi ilmiö, sillä yksilöiden ja perheiden terveys on keskimäärin sitä

parempi, mitä parempi heidän asemansa on yhteiskunnassa. (Mannila & Peltoniemi 1997, Koskinen ym. 2002, Mannila 2002, Borström & Rosen 2003, Tarkiainen ym. 2011.)

Vähävaraisuuteen liittyvä syrjäytymisriskiä ajatellaan tässä tutkimuksessa prosessina, joka liittyy perheen vointiin eri elämäntilanteissa ja johon perheellä itsellään ainakin jossain määrin on mahdollista vaikuttaa perheen ulkopuolelta tulevista reunaehdoista huolimatta. Tällöin perhettä ei nähdä passiivisena uhrina, vaan sillä itsellään on valittavia vaihtoehtoja. Syrjäytymiskäsitettä ei myöskään ymmärretä perheitä tai yksilöitä leimaavana lopullisena tilana vaan jokainen ihminen syrjäytyy aina suhteessa johonkin. (vrt. Lämsä 1998, Mannermaa 2000, Järventie 2001, Kaivo-oja & Suvinen 2001, Lämsä 2009.) Vaikka lapsiperheiden vähävaraisuus saattaa olla ohimenevä, elämäntilanteeseen liittyvä ilmiö, osalle niistä se on syrjäytymisriski, riippumatta siitä, onko vähävaraisuus syy vai seuraus jostakin muusta perhettä kuormittavasta tekijästä tai niiden summasta.

## **2.4 Perheen terveys, hyvä vointi ja hyvän voinnin tukeminen**

Terveyttä ja sosioekonomista asemaa käsittelevissä tutkimuksissa terveydellä on usein ymmärretty joko diagnostisoidun sairauden puuttumista tai tutkittavan henkilön omaa kokemusta terveydestään. (Lahelma ym. 2007, STM 2008b) Tässä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita vähävaraisten lapsiperheiden kokemuksellisesta, subjektiiviseen hyvään vointiin liittyvästä terveydestä ja siihen liittyvistä arvoista ja arkielämäkokemuksista.

### *Perheen terveys*

Hoitotyön keskeinen päämäärä on potilaan ja perheen terveyden ja hyvän voinnin edistäminen. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa terveyttä on pyritty lähestymään kokonaisvaltaisesti ja positiivisesti. Lähestymistapoja ovat olleet eheys, tasapaino, mukautuminen muuttuviin elämäntilanteisiin, hallinnan tunne, itsehoito, itsestä huolenpito, yksilöllisyys ja yhteisöllisyys, kokemuksellisuus, terveyttä vahvistavien ja suojaavien tekijöiden tunnistaminen, omavoimaistuminen, hoitoon sitoutuminen ja terveyskäyttäytymisen muutos sekä hyvä olo ja hyvä vointi (Eriksson ym. 2002, Leino-Kilpi ym. 2002, Eriksson ym. 2007, Turunen ym. 2011, Isola ja Kyngäs 2011, Kylmä ym. 2011). Åstedt-Kurki (1992) tutki kuntalaisten ja sairaanhoitajien kokemusta terveydestä ja hyvästä voinnista. Terveys ilmeni arvoina ja arkielämän kokemuksina. Terveyden ja hyvän voinnin kokemukset muodostuivat ihmisen arvoista sekä tuntemuksista,

tietämisestä ja tekemisestä. Terveiden kokemuksiin sisältyi ”yleinen terveys”, joka viittaa terveyteen sairauden poissaolona sekä yksilöllinen hyvä vointi. Terveiden kuului myös normatiivinen terveystieto eli opittu tietämys terveydestä ja sairauksien oireista, terveystietämisestä ja terveydestä normaaliutena. Lisäksi siihen kuului yksilöllinen terveystietämys eli omakohtainen tieto siitä, että oli terve ja voi hyvin sekä tieto siitä, miten tuottaa itselle hyvää vointia, ja miltä paha olo ja sairastuminen tuntuvat. (Åstedt-Kurki 1992.)

Hoitotyössä korostetaan sitä, että terveys koetaan yksilöllisesti eri tavoin ja se saa ihmisten, perheiden elämässä erilaisia merkityksiä erilaisissa elämäntilanteissa. Yksilön ulkopuolelta määritellyn, kaikille yhteisen hyvän terveyden määritelmän rinnalla on asiakaslähtöinen ja perheen omia voimavaroja korostava lähestymistapa, jonka lähtökohtana on perheen ja perheen jäsenten oma näkemys terveydestään ja hyvästä voinnistaan. (Häggman - Laitila ja Åstedt-Kurki 1995, Åstedt-Kurki ym. 2004, Häggman-Laitila & Pietilä 2007.)

Perheen terveyttä on hoitotieteessä tutkittu eri näkökulmista (Anderson & Tomlinson 1992, Friedeman ja Webb 1995, Denham 2003b, Hopia, Paavilainen & Åstedt-Kurki 2005). Määritelmiä on useita ja painotukset vaihtelevat. Perheen terveyttä on kuvattu monitahoisena ja dynaamisena, perheen arkipäivään liittyvänä ilmiönä, joka perustuu sen jäsenten hyvään vointiin, heidän hyvään tai pahaan oloonsa, mihin taas vaikuttavat monidimensionaaliset kotitalouteen liittyvät muuttujat, sen jäsenten välinen vuorovaikutus, rakenteelliset tekijät ja kulttuurinen konteksti (Åstedt-Kurki ym. 1999, Åstedt-Kurki ym. 2004, White ym. 2010). Jotkut perheet uskovat voivansa vaikuttaa omaan terveyteensä, toiset taas että niillä on vain rajatut mahdollisuudet vaikuttamiseen (Åstedt-Kurki 1992, Hanson & Kaakinen 2002, Denham 2003a).

Hansonin & Kaakisen (2002) mukaan perheen terveys (family health) käsitteen rinnalla käytetään käsitteitä toimiva perhe (family functioning), hyvinvoiva perhe (healthy family) tai perheittäin periytyvä terveys (familial health). Hanson määrittelee perheen terveyden dynaamisena hyvän voinnin suhteellisena tilana, johon kuuluvat biologiset, psykologiset, sosiaaliset, kulttuuriset ja henkiset tekijät, jotka liittyvät niin yksilöihin perheen sisällä kuin koko perheeseenkin (Hanson & Kaakinen 2002).

Loveland-Cherry (2002) soveltaa perheen terveyteen Smithin esittelemää terveyden neljää mallia: kliininen malli, roolin ja velvollisuuden täyttämisen malli, sopeutumisen malli ja eudaimonistinen malli. Perheen terveyteen sovellettuna kliininen malli tarkoittaa sairauden tai häiriön poissaoloa, roolin ja velvollisuuden täyttämisen malli sitä, että perhe pystyy täyttämään tehokkaasti kehitykselliset ja toiminnalliset tehtävänsä ja sopeutumisen malli sitä, että perhe kokonaisuutena

sitoutuu tehokkaaseen vuorovaikutukseen fyysisen ja sosiaalisen ympäristönsä kanssa. Eudaimonistinen malli tarkoittaa puolestaan perheen hyvän voinnin, onnellisuuden ja maksimaalisten mahdollisuuksien kehitystä.

Denham (1999, 2003b) on kehittänyt Family Health Model -mallin, jossa perheen terveyttä tarkastellaan kolmesta näkökulmasta: kontekstuaalisesta, funktionaalisesta ja rakenteellisesta. Kontekstuaalisesta näkökulmasta perheen terveyteen liittyvät hyvin monet asiat kuten perheenjäsenyys ja terveyteen liittyvät kokemukset elämänkaaren aikana, perheen talous, naapurusto, yhteisö ja yhteiskunta sekä perheen ulkoinen ja sisäinen ympäristö. Funktionaalinen perspektiivi liittyy siihen, miten perheenjäsenet oppivat terveyttä ja hoitavat sairauteen liittyviä tarpeita, miten he auttavat toisiaan, miten optimoivat terveytensä ja käyttävät resurssejaan tasapainottaakseen erilaisten perheenjäsenten usein ristiriitaiset tarpeet. Rakenteelliseen perspektiiviin kuuluvat terveysrutiinit, jotka muokkaavat perheen terveyskäyttäytymistä ja joiden kehittämisessä äitien rooli on merkittävä. Terveysrutiinit tukevat lapsen ja perheen kehitykseen liittyviä terveystoimintoja, auttavat välttämään sairauksia ja tapaturmia, auttavat yhteistyössä saavuttamaan ylläpitämään ja palauttamaan terveyttä, kommunikoimaan terveysasiantuntijoiden kanssa, vastaamaan yksilön terveystarpeisiin, jakamaan perheen terveysresursseja ja tuottamaan terveyttä perheessä. Perheeseen vaikuttavat sekä positiivisesti että negatiivisesti kontekstuaaliset tekijät, jotka tulevat yksilöiden ja perheen kotitalouden ulkopuolelta. Mallin mukaan perheen terveys on kollektiivinen kokemus, johon vaikuttavat yksilöön ja perheeseen liittyvät tekijät: yksilön luonteenpiirteet ja jäsenprosessit joita tukevat ja haastavat yhteisön arvot, päämäärät ja resurssit. Perheenjäsenillä saattaa olla yksittäisiä näkemyksiä terveydestä, mutta usein vallitsee suurempi yksimielisyys kuin erimielisyys. (Denham 1999, 2003b.)

Perheen terveyden määrittelyssä painotetaan perheen yksilöllisen näkökulman ja siihen liittyvien merkitysten ymmärtämistä (Meyers & Brauer 2008) ja perheen terveyteen liittyvien monenlaisten käytännölliseen ja fyysiseen ympäristöön, emotionaaliseen ja sosiaaliseen tilanteeseen ja ymmärtämisen kehittymiseen liittyvien terveysresurssien ja niitä kuluttavien tekijöiden tunnistamista (Cowley & Billingsin 1999). Kulttuureittain, alueittain ja perheittäin vaihtelee, miten perheet ja perheenjäsenet käsittävät terveyden ja sairauden, ja ajattelevatko he itsellään olevan mahdollisuuksia vaikuttaa siihen. Merkitystä on myös sukupuolella, sosiaaliluokalla ja etnisillä eroilla. Friedmanin ja kumppaneiden (2003) mukaan esimerkiksi alemmissa sosiaaliluokissa kuvattiin terveyttä käytännöllisenä kykynä selviytyä jokapäiväisestä elämästä, kun taas ylemmissä sosiaaliluokissa terveyttä pidettiin selkeämmin sairauden oireiden poissaolona. (Friedman ym. 2003.)

Perheen terveyden ymmärtäminen on lähtökohtana perheeseen kohdistuviin interventioihin. Jos työntekijä ei tunnista omia lähtökohtiaan tai ei pysty, niistä huolimatta, vastaamaan asiakkaidensa tarpeisiin, perhelähtöinen, perheiden osallisuutta painottava ja perheiden omaa näkemystä hyvästä voinnistaan korostava terveyden tukeminen voi olla vaikeaa. Long ja Baxter (2001) tutkivat erilaisen koulutustaustan omaavien hoitotyöntekijöiden toimintatapoja ja havaitsivat, että kansanterveystiedettä painottavan koulutuksen saaneet korostivat fyysistä terveyttä enemmän, kun taas mielenterveyteen ja sosiaalitieteisiin painottuvan koulutuksen saaneet korostivat hyvää elämää kokonaisuutena.

On tärkeää saada monipuolista näyttöä perheen terveydestä hoitamisen lähtökohdaksi. Perheen terveyteen liittyy yksittäisten perheenjäsenten ja perheen yhteinen hyvä olo. Terveyden merkitys on kullekin yksilölle ja perheelle omanlainen. Näiden merkitysrakenteiden tunteminen auttaa määrittelemään hoitamisen laatua ja tavoitteita tehtäessä yhteistyötä eri elämäntilanteissa elävien perheiden kanssa. Olennainen osa yksilön kokemasta hyvästä terveydestä on hyvän voinnin tunne, joka sisältää harmoniaa, tasapainoa ja tyytyväisyyttä. Siihen liittyy tunne elämänhallinnasta eli kyky riippumattomaan elämään ja omien resurssien käytöstä päättämiseen, johon päästään erilaisten selviytymiskeinojen avulla. Jokapäiväisen elämän hallinta edellyttää olemassa olevien voimavarojen soveltamista, ongelmanratkaisukykyä ja muutoksen kohtaamiskykyä. Perheen ja perheenjäsenten omaksumat selviytymiskeinot ovat yksi perheen terveyden ulottuvuus. (Åstedt-Kurki 1992, Pietilä 1998, Häggman-Laitila & Åstedt-Kurki 1995, Häggman-Laitila 1999, Åstedt-Kurki ym. 1999.) Perheillä on sekä yhteisiä että yksilöiden omia selviytymiskeinoja, jotka liittyvät hyvän voinnin ja toivon ylläpitämiseen voimavaroja kuluttavissa tilanteissa (Åstedt-Kurki 1992, Juvakka & Kylmä 2001). Yksilöt ja perheet voivat olla eri elämäntilanteissa ulkoa tai sisältäpäin ohjautuvia (vrt. Häggman-Laitila 1999), millä on vaikutusta siihen, miten voimavarojen vähäisyys perheessä koetaan ja miten perhe toimii.

Joskus arjesta selviytymisen keinot saattavat olla ristiriidassa virallisen terveystietämisen kanssa. Esimerkiksi eräs kolmen lapsen työtön yksinhuoltaja äiti koki tupakoinnin parvekkeella olevan hänelle se selviytymiskeino, joka auttoi selviytymään päivästä toiseen. Perheen selviytymiskeinot voivat olla hyvin perhe- ja yksilökohtaisia: sama asia voi merkitä jollekin perheelle tai perheen jäsenelle voimavaraa tai voimien kuluttajaa, kuten esimerkiksi tupakointi, harrastukset, työ tai avioero. Merkitykset myös vaihtelevat eri elämäntilanteissa. (Åstedt-Kurki ym. 1999.)

Tässä tutkimuksessa tarkastelun painopiste on perheenjäsenten kokemuksellisessa terveydessä, siihen liittyvissä arvoissa ja arkielämän kokemuksissa sekä yksilöllisessä, kokemuksellisessa



tietämisessä terveydestä ja hyvästä voinnista ennemmin kuin opitussa, normatiivisessa terveystietämyksessä. Keskeisenä kiinnostuksen kohteena on vähävaraisten lapsiperheiden ja perheenjäsenten subjektiivinen hyvä vointi.

Kokemuksellisesta terveydestä käytetään tässä tutkimuksessa käsitettä hyvä vointi, joka perheen näkökulmasta sisältää perheen jäsenten ulkoapäin määritellyn, sairauden vastakohtana ymmärrettävän terveyden mutta myös yksilöllisen, perheenjäsenten hyvän voinnin (Vrt. Åstedt-Kurki 1992, Häggman-Laitila & Åstedt-Kurki 1995, Häggman-Laitila 1999, Åstedt-Kurki ym. 1999.)

### *Perheen hyvän voinnin tukeminen*

Pelkonen ja Hakulinen (2002) ovat esittäneet mallin perheiden voimavarojen vahvistamisesta. Mallin mukaan perheellä on elämänsä aikana voimavaroja ja kuormittavia tekijöitä. Perheen voimavaraisuus muodostuu voimavarojen ja kuormittavien tekijöiden suhteesta. Perhe voi vahvistaa voimavarojaan omalla toiminnallaan tai voimavaroja voidaan vahvistaa perheen ulkopuolelta esimerkiksi neuvolasta käsin. Voimavaranäkökulman katsotaan sopivan hyvin perhehoitotyöhön, koska siinä korostetaan perheen itsemääräämistä, sen omia vahvuuksia ja kykyä hyödyntää näitä vahvuuksia elämässään. Tutkijat erottavat käsitteet voimavarojen vahvistaminen ja voimavarojen vahvistuminen. Voimavarojen vahvistaminen eli voimaantumisen mahdollistaminen tarkoittaa yksilön tai perheen saamaa tukea. Voimavarojen vahvistamisen ennakkoehtoja ovat yhteistyösuhteen ja kommunikoinnin luottamuksellisuus ja avoimuus, johon kuuluvat muun muassa kuulluksi tulemisen kokemus ja yhteisesti sovitut tavoitteet. Lisäksi asiakkaan näkökulmasta ennakkoehtona on se että häneltä puuttuu voimia tai häntä uhkaa tilanne, jossa voimat eivät riitä. Jotta voi vahvistaa asiakkaan voimavaroja, hoitohenkilökunnalla on oltava riittävästi omia voimavaroja, esimerkiksi tietoa ja taitoa. Voimavarojen vahvistamisen ominaispiirteitä ovat yhteistyö, asiakkaan tietoisuuden lisääminen ja hänen valinnanvapautensa kunnioittaminen. Voimavaroja vahvistetaan aktiivisesti kuuntelemalla ja tarjoamalla tukea sekä merkityksellistä tietoa asiakkaalle. Tärkeää on perheen auttaminen arvioimaan omia vahvuuksiaan ja tukijärjestelmiään sekä tukijärjestelmien vahvuuksien käyttöönottoa. Voimavarojen vahvistamisen seurauksena asiakkaan itsetunto, oman elämän hallinnan tunne ja itsemäärääminen lisääntyvät ja tapahtuu henkilökohtaista kasvua. Se taas johtaa asiakkaan terveyttä ja hyvää vointia ylläpitävään käyttäytymiseen ja elämänlaadun paranemiseen. Tällaisessa tilanteessa myös hoitajan voimavarat

vahvistuvat, ja hän kehittyy ammatillisesti. (Pelkonen & Hakulinen 2002, Häggman-Laitila & Pietilä 2007.)

Perheen voimavarojen tunnistaminen on tärkeää, koska hoitotyössä pyritään ottamaan käyttöön perheen voimavarat ja kannustamaan perhettä itsehoitoon ja kuormittavien tekijöiden vähentämiseen terveyden ja hyvän voinnin saavuttamiseksi (esim. Hakulinen ym. 1999). Perheen voimavaroja voidaan tunnistaa yleisesti, mutta voimavaraksi ajateltu toiminta saattaa saada perheen arjessa myös toisenlaisia merkityksiä (Åstedt-Kurki ym. 1999).

Pietilä, Eirola ja Oikarinen (1998) sekä Oikarinen (2006) ovat kehittäneet terveydenmuotokuva-käsitejärjestelmää ja soveltaneet sitä kouluterveydenhuoltoon. Elämönhallinta on tässä käsitejärjestelmässä kattokäsite, johon ihmisen elämäntilanne, terveys ja terveysvalinnat heijastuvat. Elämönhallinta liittyy myös yksilön voimavaroihin ja valinnoista mahdollisesti seuraavaan muutosprosessiin. Näistä kaikista muodostuu terveystuotokuva. Tässä käsitejärjestelmässä yhdistyvät terveyteen elämäntilanne, elämönhallinta ja voimavarat, jotka usein liitetään myös perheen terveyteen ja hyvään vointiin (esim. Pelkonen 1994, Loveland-Cherry 2002, Pelkonen & Hakulinen 2002).

Hoitotyöntekijöiden valmiudet kohdata taloudellisesti huonossa asemassa tai muuten syrjäytymisriskissä olevia perheitä eivät ole olleet kovin asiakaskeskeisiä eivätkä perheen voimavaroja tukevia. Lähestymistapa on usein ollut yksilökeskeinen, syitä etsivä tai perheet yhteistyökyvyttömiksi luokitteleva (Paavilainen ym. 1996, Paavilainen 1998, Artinian 1999, Paunonen ja Vehviläinen-Julkunen 1999, Denham 2003b). Sairaanhoidajien toiminnassa on tunnistettu myös perherakenteeseen ja sosiaaliluokkaan liittyvää luokittelua (Silfver ym. 1993, Ganong & Coleman 1999, Satariano & Briggs 1999, Paunonen 2001, Hanson & Kaakinen 2002, Helne 2002, Reutter ym. 2009). Perheet nähdään usein ongelmien näkökulmasta, eikä niiden uskota selviävän ongelmistaan ilman asiantuntijoiden apua, minkä seurauksena perheet tuntevat itsensä ulkokohtaisiksi ja vieraantuneiksi auttajistaan (Heimo 2002, Baggaley & Kean 1999). Perheet luokitellaan helposti ”hyviin ja huonoihin”, usein sen mukaan, miten ne hyväksyvät hoitohenkilökunnan asettamat tavoitteet ja toimivat niiden mukaan hoidollisissa tilanteissa. Myös termit epätarkoituksenmukaisesti toimiva, säännöistä poikkeava tai ei motivoitunut, passiivinen perhe viittaavat luokitteluun, joka leimaa perheen eikä salli muutosta (Paunonen 2001, Hanson & Kaakinen 2002, Helne 2002).

Usein terveydenhuollossa halutaan ohjata perheitä melko voimakkaasti tai kerätä tietoa ohjausta varten ajattelematta sitä, miten perheet ohjauksen kokevat. Esimerkiksi Sihvolan tutkimuksessa (2000) suositeltiin terveystalkustelun liittämistä kouluuntulotarkastukseen, jolloin ensimmäisen luokan oppilaalta kysyttäisiin muun muassa kotiin liittyvistä huolista, hellyydestä ja huolenpidosta ja vanhempien tupakoinnista. Tiedon saanti näistä asioista on tärkeää, mutta pitäisikö niistä kysyä vanhemmilta ja perheeltä yhdessä? Jos perheet kokevat itseään tarkkailtavan ulkopuolelta, se ei välttämättä vahvista niiden hyvää vointia eikä perheen terveyttä. Perhekeskeinen toimintamalli edellyttää toiminnan kehittämistä yhdessä perheiden kanssa, niiden lähtökohtien tuntemista ja huomioon ottamista (esim. Pelkonen & Löthman-Kilpeläinen 2000).

Endo ja kumppanit (2000) ovat kuvanneet tutkimuksessaan sairaanhoitajan toteuttamaa perheen tukemisprosessia tilanteessa, jossa perheenjäsen sairastaa syöpää. Tutkimuksessa on käytetty Newmanin (1994) teoriaa terveydestä laajentuneena tietoisuutena (Health as expanding consciousness). Sairaanhoitajat pyysivät perheitä kuvaamaan merkittäviä tapahtumia ja ihmisiä elämässään. Siitä käynnistyi prosessi jonka tukemana perheet pääsivät eteenpäin kriisissään eri vaiheiden avulla. Tutkijat tunnistivat viisi vaihetta: perheen ja sen jäsenten omien tapojen ja käyttäytymismallien tunnistaminen ja niiden näkeminen osana perheen kokonaisuutta, perheen mallien merkityksen ymmärtäminen, perheen ja hoitajan yhteinen perheen toimintatapojen arviointi, huolenpidosta ja yhteisestä toiminnasta päättäminen sekä muutos eli uuden tietoisuuden tason saavuttaminen. Hoitotyöntekijältä, joka tukee tällaista prosessia, vaaditaan kykyä sietää epävarmuutta ja kaaosta yhdessä perheen kanssa ja toisaalta kykyä kunnioittaa perheen omia lähtökohtia ja antaa aikaa omien voimavarojen löytämiseen. Tutkijat käyttävät ilmaisua ”dance their dance”, mikä kuvaa hyvin perhelähtöistä toimintaa. Perheet toimivat arjessa omista lähtökohdistaan käsin tarkoituksenmukaisesti, omia ”tanssikuvioitaan” seuraten, jolloin yhteisen rytmin löytämisen esteinä voivat olla hoitotyöntekijöiden omat stereotypiat tai jäykät ammatilliset agendat. (Endo ym. 2000.)

Asiakaslähtöisen, perheen omia voimavaroja korostavan lähestymistavan lähtökohtana on perheen ja perheen jäsenten oma näkemys terveydestään. Perheen kanssa työskennellessään hoitotyöntekijän keskeinen päämäärä on perheen terveyden ja hyvän voinnin edistäminen. Hänen toimintansa muotoutuu pitkälti sen mukaan, millaisen kuvan hän muodostaa perheen terveydestä perheen kokemuksen ja yleisten määritelmien avulla. Jos terveyttä katsotaan perheen ulkopuolelta ja ongelmien näkökulmasta, unohdetaan perheen omat voimavarat. Myös sillä on merkitystä, miten

työntekijä lähestyy perhettä yksittäisen perheenjäsenen kuten lapsen näkökulmasta vai kokonaisuutena. (Sirviö 2003, Häggman-Laitila & Pietilä 2007.)

Perheen omille vahvuuksille rakentuva lähestymistapa on tuloksekas. Kun työntekijä uskoo aidosti siihen, että jokaisesta perheestä löytyy voimavaroja ja kykyä ratkaista omia ongelmiaan, myös perhe uskoo siihen. Jos taas hoitaja pitää perhettä huonosti toimivana, perhe uskoo sen ja saattaa aliarvioida omia voimavarojaan, muutoskykyjään ja mahdollisuuksiaan. Tämä voi aiheuttaa perheelle voimattomuuden tunnetta (mm. Åstedt-Kurki ym.1999, Feeley & Gottlieb 2000, Heimo 2002, Pelkonen & Hakulinen 2002, Hanson & Kaakinen 2002, Häggman-Laitila ym. 2010.)

## **2.5 Vähävaraisten lapsiperheiden hyvä vointi**

### **2.5.1 Vähävaraisten lapsiperheiden terveys ja hyvä vointi**

Maailmalla perheiden vähävaraisuuteen ja köyhyyteen liittyviä hoitotieteellisiä tutkimuksia on tehty sekä eri perheenjäsenten, perheiden että hoitotyöntekijöiden näkökulmista. Englannissa on pyritty kehittämään tutkimustulosten avulla ohjelmia, joilla pyritään ehkäisemään perheiden matalatuloisuuteen liittyviä terveydellisiä riskejä (mm. Naughton & Heat 2001, Gordon 2004). Englantilainen terveys sosiologi Pamela Attree on tehnyt useita systemaattisia katsauksia matalatuloisten vanhempien ja heidän lastensa selviytymistä koskevista laadullisista tutkimuksista (Atree 2004, 2005, 2006). Hän painottaa köyhydessä elävien lasten, nuorten ja vanhempien omien kokemusten huomioon ottamista terveystieteellistä ja palveluja suunniteltaessa. Atreen tutkimustulosten mukaan köyhyys kapeutti lasten elämää sekä sosiaalisesti että taloudellisesti. Lasten vanhempien kokemukset muodollisesta ja epämuodollisesta tuesta olivat sekä positiivisia että negatiivisia, samoin kuin kokemukset virallisesta sosiaali- ja terveydenhuollosta. Vähiten ammatillista apua halusivat hakea sosiaalisesti kaikkein eristyneimmät pienituloiset äidit. (Atree 2004, 2005, 2006.)

Kavanaughin ja Hershbergerin (2005) tutkimuksen mukaan lapsensa menettäneet vähävaraiset vanhemmat toivat esille samantapaisia kokemuksia kuin muutkin lapsensa menettäneet vanhemmat, mutta myös sellaisia kokemuksia, joihin hoitohenkilökunnan tulisi erityisesti kiinnittää huomiota: ongelmien tunnistaminen ja menetykseen reagointi, stressaavien elämän tilanteiden jakaminen, johon liittyi kokemus huonosta kohtelusta ja hoidosta sekä taloudelliset vaikeudet ja menetyksen

kanssa eläminen. Nämä vanhemmat eivät myöskään halunneet mennä mukaan järjestettyihin sururyhmiin. (Kavanaugh & Hershberger 2005.)

Matalatuloisten perheiden lasten terveydenhuoltoon pääsyä ja sen käyttöä ennusti parhaiten lapselle hankittu terveysvakuutus, mutta myös perheen stressaavalla ympäristöllä oli merkittävä negatiivinen yhteys vanhempien luottamukseen siitä, että perheenjäsenet saivat hoitoa ja lasten terveydenhoidon tarpeet saavutettiin (Fairbrother ym. 2005). Vähävaraisten yksinhuoltajaperheiden saama odotettua vähäisempi rahallinen tuki heijastui lasten terveyteen, vaikutti lapsen sosiaaliseen hyvinvointiin ja vanhempien väliseen suhteeseen. Potentiaalinen yhteys havaittiin myös koulutoiminnoissa, harrastuksissa, mielenterveysongelmissa ja käytösongelmissa. (Cook ym. 2008.)

Matalatuloisuutta määriteltiin edellä esitellyissä tutkimuksissa erilaisin tavoin ja tutkimuksiin osallistujat kuuluivat paitsi alhaiseen sosioekonomiseen luokkaan, usein myös johonkin etniseen ryhmään, mikä laajentaa näkökulmaa mutta monimutkaistaa tulosten vertailtavuutta ja hyödyntämistä erilaisissa konteksteissa. Flakerud ja kumppanit (2002) kuvaavat katsauksessaan amerikkalaisen terveyden eriarvoisuuteen keskittyvän hoitotyön tutkimuksen kehittymistä viiden vuosikymmenen aikana. Alun vähäisestä kiinnostuksesta ja pääasiassa tilanteen kuvaamisesta on päästy eteenpäin sekä sisällöllisesti että metodisesti. Nykyinen lisääntynyt kiinnostus aiheeseen kohdistuu yhteisölähtöisyyteen, interventiotutkimukseen, tutkimuksen osallistujien aktiiviseen osallistumiseen tutkimuksen eri vaiheisiin ja konkreettisten ratkaisujen löytämiseen. (Flakerud ym. 2002). Samansuuntaista kehitystä on havaittavissa myös Euroopassa, vaikka tutkimusalue on eurooppalaisessa hoitotieteen tutkimusperinteessä melko nuori.

Vaikka Suomessa vähävaraisuuteen liittyvää tutkimusta lapsiperheiden omasta näkökulmasta ja perheiden hoitamisen näkökulmasta ei ole paljon tehty, perheiden sosiaalinen tausta on hoitotieteellisissä tutkimuksissa huomioitu. Yhteys perheen huonon taloudellisen tilanteen ja perheen jäsenten terveyden ja hyvän voinnin välillä on tullut esiin useassa tutkimuksessa (mm. Rask ym. 2002, Häggman-Laitila 2003, Halme 2009).

Nuorten itse kokemalla perheen myönteisellä rahallisella tilanteella näytti Raskin, Åstedt-Kurjen ja Laippalan (2002) tutkimustuloksissa olevan vahva yhteys murrosikäisten yleiseen tyytyväisyyteen. Näiden tutkijoiden mukaan perheen tai yksilön taloudellinen tilanne näyttääkin olevan yhteydessä subjektiiviseen hyvään vointiin, ei vain köyhissä maissa vaan myös varakkaissa, kuten Suomessa (Rask ym. 2002)

Taloudellisilla tekijöillä on nähty olevan yhteyttä perheen pahoinvointiin myös silloin kun kyse on lapsiin kohdistuvasta väkivallasta. Paavilaisen ja kumppanien (2001) tutkimustulosten mukaan väkivallan esiintymiseen liittyviä riskitekijöitä lapsiperheissä näyttivät olevan huonosti toimiva perhedynamiikka, vanhempien alhainen koulutustaso, monilapsisuus, vanhemman työttömyys, alhainen yksilöityminen perheessä sekä huono rakenteellinen pysyvyys ja turvallisuus. (Paavilainen ym. 2001.)

Neuvoloissa kerätään tietoa perheen sosiaalisesta asemasta ja taloudellisista ongelmista vain satunnaisesti. Hoitotyöntekijät eivät myöskään liitä perheen taloudellisia ongelmia tai työttömyyttä yksilön tai perheen terveyteen tai yhteiskunnalliseen kontekstiin, vaan terveyttä käsitellään useimmiten erillisenä ja yksilöiden vastuuta painottaen. Perheen terveyttä tarkastellaan usein ongelmien näkökulmasta ja hoitajalähtöisesti, eikä perheen omia voimavaroja hyödynnetä. Tällaisia tutkimustuloksia saivat Heimo (2002) ja Sirviö (2006) tutkiessaan terveydenhoitajan työtä lastenneuvolassa sekä terveydenhoitajien että asiakkaiden näkökulmasta. Neuvoloissa oli puutteita myös moniammatillisessa yhteistyössä. Vaikka lapsiperheiden terveyden tukeminen ja edistäminen ovat lasten- ja äitiysneuvolatoiminnan keskeisiä tavoitteita, joihin pyritään ja päästäänkin, juuri erityistukea tarvitsevat perheet jäävät usein ilman riittävää tukea. (Heimo 2002, Sirviö 2006.)

Tutkimustulosten perusteella voimavara- ja perhelähtöisellä interventioilla voidaan kuitenkin tukea erityisen tuen tarpeessa olevien perheiden vanhemmuutta, lasten kasvatusta ja hoitoa, vahvistaa sosiaalista tukiverkostoa, vähentää tarvetta viranomaisten tukeen ja edistää vanhempien voimavaroja työssä ja opiskelussa (Häggman-Laitila 2003, 2005, Häggman-Laitila ym. 2010). Onkin tärkeää vahvistaa erityistä tukea tarvitsevien yksilöiden ja perheiden terveyttä ja hyvinvointia kehittämällä yksilöllistä voimavaralähtöistä, perheen elämäntilanteen huomioivaa lähestymistapaa.

### **2.5.2. Vähävaraisten äitien ja isien hyvä vointi**

Vähävaraisten lapsiperheiden terveys, erityisesti äitien näkökulmasta, on ollut kasvavan mielenkiinnon kohteena erityisesti amerikkalaisessa perhehoitotieteellisessä tutkimuksessa. Kiinnostuksen kohteena ovat usein olleet vähävaraiset yksinhuoltajaäidit ja heidän tuen tarpeensa. (Kofoed 2004, Campbell-Grossman 2005, Olson ym. 2008.)

Keskeistä eri tutkimustuloksissa on että yksinhuoltajaäidit kaipaivat tiedollista, emotionaalista ja konkreettista tukea sekä arviointitukea ja että he kokivat saamansa sosiaalisen tuen eri tavoin erilaisissa tilanteissa. Joskus sosiaalinen tuki lisäsi heidän hyvinvointiaan, joskus sen taas koettiin

vähentävän sitä, aiheuttavan lisästressiä ja lisäävän riippuvuuden ja pärjäämättömyyden tunnetta. Tämä tuli esiin esimerkiksi Keating-Leflerin ja kumppaneiden (2004) laadullisesta tutkimuksesta yksihuoltajaäitien tarpeista ja sosiaalisesta tuesta. Myös Campbell-Grossmanin ja kumppaneiden (2005) laadullisessa tutkimuksessa, jossa on selvitelty kenttätöntekijöiden havaintoja yksihuoltajaäitien tarpeista ja sosiaalisesta tuesta saatiin samansuuntaisia tuloksia. Äideillä havaittiin lisäksi tukijärjestelmän käyttöön liittyviä ongelmia, kuten pelkoa siitä että lapsi otetaan pois, jos he tekevät jotain väärin tai kokemukset tunteettomasta ja tehottomasta palvelusta (Campbell-Grossman ym. 2005). Kanadalaisen Yanickin (2005) mukaan kanadalaisen yksihuoltajaäitien kokemuksessa kotikäynneillä saamastaan muodollisesta ja epämuodollisesta tuesta oli sekä eroja että samankaltaisuuksia. Toiset kokivat jonkun asian tukena, toiset taas saman asian selviytymistään estävänä tekijänä.

Persoonallisen kasvun tukemista ja tuen yksilöllisen merkityksen ymmärtämisen tärkeyttä osana hoitotyötä puoltavat myös amerikkalaisen Oakleyn (2005) ja kumppaneiden ja australialaisen Bostockin (2001) tutkimustulokset. Oakley ja kumppanit ovat tutkineet matalatuloisille afrikanamerikkalaisille äideille suunnatussa kyselytutkimuksessaan äitien positiivisia ja negatiivisia depression hallintakeinoja. Kehittyneet, vahvat puolustusmekanismit ennustivat äitien positiivista depression hallintaa ja vaikeat elämän olosuhteet ennustivat negatiivista depression hallintaa. Sosiaalisella tuella ei ollut tämän tutkimuksen tulosten mukaan vaikutusta äitien depression hallintaan (Oakley ym. 2005). Australialainen Bostock (2001) on tutkinut matalatuloisten äitien pakollisen autottomuuden vaikutusta heidän perheidensä hyvinvointiin. Keräämänsä laadullisen haastatteluaineiston avulla hän on osoittanut, että vaikka käveleminen on erinomainen ja edullinen terveydenedistämismuoto, sillä on myös negatiivisia vaikutuksia tällaisten perheiden hyvinvointiin: autottomuus vaikeuttaa hyvinvointia tukevien palvelujen käyttämistä, supistaa sosiaalista verkostoa ja lisää äidin väsymystä.

Amerikkalaisissa ja englantilaisissa hoitotieteellisissä tutkimuksissa on selvitetty vielä mm. sairaanhoitajan mahdollisuuksia auttaa kodittomia lapsiperheitä niiden lähtökohdista käsin (Berne ym. 1999), taloudellisista vaikeuksista kärsivien perheiden näkökulmaa terveyteen (Denham 1999, 2003b) ja kodittomien esikouluikäisten lasten äitien kokemuksia kodittomuudesta (Averit 2003). Englantilainen hoitotieteen tutkija Hemingway (2007) on selvittänyt narratiivisessa kirjallisuuskatsauksessaan, mitä tiedetään terveyteen yleisesti vaikuttavien tekijöiden (tulotaso, koulutus, työllisyys ja asunto-olot), terveyskäyttäytymisen ja koronaaritaudin yhteyksistä matalatuloisilla naisilla. Katsaukseen mukaan valikoituneiden tutkimusten vertailu oli hankalaa, koska mukana oli sekä laajoja epidemiologisia että pienehköjä laadullisia tutkimuksia.

Johtopäätöksenä on, että vaikka koronaaritautien yleisimmät riskit tunnetaan hyvin, niiden vaikutuksesta terveyskäyttäytymiseen ei ole riittävästi sellaista tietoa, jonka avulla voitaisiin kehittää terveydenedistämisen keinoja aiempaa paremmin ihmisten elämänolosuhteet huomioiviksi.

Äidit ovat useissa tutkimuksissa osoittautuneet perheidensä näkemysten ilmaisijoiksi, ja heidän on todettu vaikuttavan merkittävästi perheensä arkipäivässä (Denham 1999, 2002, 2003b, Beeber ym. 2004, Horodyski & Gibbons 2004). Äitejä ei kuitenkaan ajatella tässä tutkimuksessa perheensä hyvän voinnin tulkitsijoina, vaan yksilöinä, joiden omista hyvään vointiin liittyvistä kokemuksista ollaan kiinnostuneita (vrt. Åstedt-Kurki ym. 2001a).

Vähävaraisten isien terveyttä ja hyvää vointia on tarkasteltu monitieteisesti niin yhteiskuntatieteiden kuin terveystieteidenkin näkökulmista. Saksalaiset tutkijat Grill ja kumppanit (2001) ovat kuvanneet lapsistaan erossa elävien matalatuloisten isien terveyskäyttäytymistä. Amerikkalaiset ovat tutkineet isä-lapsisuhdetta (Brophy-Herb ym. 1999), isän roolia matalatuloisissa perheissä ja isän ja lapsen positiivisen vuorovaikutuksen suhdetta lapsen varhaiseen kognitiiviseen kehitykseen (Summers ym. 1999, Shannon ym. 2002, Shears ym. 2006). Andersson ja kumppanit (2005) ovat tutkineet matalatuloisten isien depressiota, Cowan ja kumppanit (2007) sitä, miten vahvistaa aviopuolisoiden suhdetta ja isien sitoutumista matalatuloisissa perheissä, Roy (2006) matalatuloisten afrikanamerikkalaisten isien isäidentiteetin muotoutumista elämäkulussa ja Everett ja kumppanit (2006) maaseudun matalatuloisten odottavien isien riskikäyttäytymistä. Englantilainen Williams (2007) on kuvannut afrikankaribialaisten ja valkoisten työväenluokan isien kokemuksia isyydestä, terveydestä ja sosiaalisesta sitoutuneisuudesta. Edellä kuvattujen tutkimusten tulosten mukaan matalatuloisten isien elämään liittyi monia kasaantuvia terveyden ja hyvän voinnin uhkia, jotka vähentävät mielenterveyttä ja lisäävät terveydelle vaarallista käyttäytymistä (Anderson ym. 2005, Everett 2006). Erossa olo lapsesta lisäsi epäterveellisen käyttäytymisen riskiä (Grill ym. 2001). Toisaalta isät pystyivät sensitiiviseen lapsen kognitiivista kehitystä edistävään vuorovaikutukseen lastensa kanssa erityisesti, jos he saivat siihen tukea. Isän rooli ei matalatuloisilla poikennut merkittävästi muusta väestöstä; heille oli tärkeää olla läsnä lapsilleen, oman isän roolimalli oli tärkeä ja heidän isyytensä oli hyvin yksilöllistä. (Brophy-Herb ym. 1999, Shannon ym. 2002, Shears ym. 2006, Roy 2006.) Isyyttä ja vanhemmuutta tukemalla ja jakamalla voitiin vahvistaa isän roolia ja koko perheen terveyttä ja hyvää vointia (Summers ym. 1999, Cowan ym. 2007). Ennakkoluulot ja kokemukset hyväksikäytöstä ja syrjinnästä vaikuttivat isien terveyskokemuksiin. Terveys merkitsi toiminnallista kapasiteettia, joka mahdollisti työelämän, sukupuolen ja isyyden velvollisuuksien täyttämisen. Näihin velvollisuuksiin liittyi myös ristiriitaa,



jota pyrittiin lievittämään hakemalla nautintoa elämään esimerkiksi alkoholin, tupakan ja ruuan riskikulutuksella. (Williams 2007.)

Sosioekonomisen aseman lisäksi subjektiiviseen ja objektiiviseen terveyteen vaikuttavat monet muutkin tekijät. Yksi niistä on sukupuoli. Tiedetään, että miehet kuolevat naisia nuorempina ja useammin mm. sydänsairauksiin, aivohalvauksiin, syöpiin ja diabetekseen. He käyttäytyvät usein naisia epäterveellisemmin ja hakeutuvat hoitoon myöhemmin kuin naiset. (mm. Robertson & Williamson 2005, Pietilä 2008, Robertson ym. 2009, Helakorpi ym. 2010, WHO 2010.) Vertailut naisten ja miesten välillä ja miesten terveyskäyttäytymisen ja uskomusten analysointi ovat osoittaneet, että miehet tulkitsevat, ilmaisevat terveyttä ja myös toimivat terveyteen liittyvissä asioissa eritavoin kuin naiset, vaikka ei enää pidetäkään selvänä maskuliinisuuden ja terveyteen liittyvän riskikäyttäytymisen yhteyttä (Galdas ym. 2005, Robertson & Williamson 2005, Pietilä 2008).

Sukupuoleen liittyvän terveyden eriarvoisuuden yhdistyminen alhaiseen sosioekonomiseen asemaan lisää miesten terveysriskejä (mm. Lohan 2007). Erityisesti alempiin sosiaaliluokkiin kuuluvat miehet pitivät sairautta uhkana maskuliinisuudelle (Seale & Charteris-Black 2008). Taloudelliset paineet, halu säilyttää miehinen vahvuus ja yhteisön normit estivät matalatuloisia afrikanamerikkalaisia miehiä etsimästä terveysinformaatiota, hoitoa tai hakeutumasta lääkäriin kun oireet ja sairaus ilmenivät (Sanders Thompson ym. 2009). Matalatuloisilla miehillä havaittiin myös fatalistisia terveyteen liittyviä käsityksiä ja epäluottamusta terveydenhuolto-järjestelmää kohtaan sekä pelkoa sairauden löytymisen perheelle aiheuttamista kustannuksista (Weinrich ym. 2000, Maliski ym. 2004).

Suomessa vähävaraisiin isiin kohdistuvaa hoitotieteellistä tutkimusta ei juuri ole, mutta isien kokemuksia ja näkemyksiä isyydestä on tutkittu jonkin verran (mm. Paavilainen 2003, Mesiäislehto-Soukka 2005, Halme 2009). Vähävaraisuus tai matala sosioekonominen asema on tullut näissä tutkimuksissa esiin enemmän taustatekijänä kuin terveyden kokemukseen vaikuttavana tekijänä. Alhaisen tulotason vaikutus perheen terveyteen tuli esille Halmeen (2009) määrällisessä tutkimuksessa isän ja pienten lasten yhteisen ajan käytöstä, isyyteen liittyvästä stressistä ja isän tyytyväisyydestä parisuhteeseen (n=1082). Vaikka perheen tulotasolla ei ollut tulosten mukaan merkitystä isien ja lasten yhdessäolon määrään, pienituloisilla oli enemmän vaikeuksia lapsen ja isän välisessä kiintymyssuhteessa, he kokivat useammin epävarmuutta vanhemmuuden taidoissaan, heillä oli enemmän depressiivisiä oireita ja terveysongelmia ja alhainen tulotaso oli yhteydessä

rahan käyttöön liittyviin erimielisyyksiin perheessä. Matalatuloisten ryhmässä oli myös enemmän eristäytyneisyyttä ja alkoholin riskikäyttäjiä kuin muissa ryhmissä. (Halme 2009.)

## **2.6 Yhteenveto aikaisemmista tutkimuksista**

Tutkijoiden viimeaikainen terveyteen liittyviin sosioekonomisiin determinantteihin kohdistuva mielenkiinto selittyy osaksi vakavalla huolella yhteiskunnan kahtia jakautumisesta myös ns. hyvinvointivaltioissa. Terveiden eriarvoisuuden katsotaan lisääntyvän useilla eri mittareilla mitattuna. Vähävaraisuuden ja köyhyyden määrittelyyn on tuotu mukaan suhteellinen köyhyys ja yksilöllinen köyhyyden kokemus. Lisää tietoa kaivataan siitä, mitä köyhyys merkitsee ihmisten arkipäivässä ja millaisia erilaisia merkityksiä se ihmisten arjessa saa.

Luvussa 2.4 esiteltujen tutkimusten keskeisiä tuloksia on koottu taulukkoon 1.

Taulukko 1. Vähävaraisten lapsiperheiden hyvää vointiin liittyviä keskeisiä tutkimustuloksia

<p>Vähävaraisten lapsiperheiden terveyteen ja hyvään vointiin liittyviä keskeisiä tutkimustuloksia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Köyhyys kapeuttaa lasten elämää sosiaalisesti ja taloudellisesti, lasten vanhemmat saamansa sosiaalisen tuen vaihtelevasti. Vähiten apua halusivat hakea kaikkein erityneimmät ja pienituloisimmat äidit (Atree 2004,2005, 2006)</li> <li>Matalatuloisissa perheissä odotettua vähäisempi rahallinen tuki heijastui lasten terveyteen, vaikutti lapsen sosiaaliseen hyvinvointiin ja vanhempien väliseen suhteeseen, niissä ei luotettu perheenjäsenten terveydenhuollollisten tarpeiden täyttymiseen ja haluttiin yksilöllisempää perheen elämän tilanteen paremmin huomiovampaa tukea (Fairbrother ym. 2005, Kavanaugh &amp; Hershberger 2005, Cook ym. 2008.)</li> <li>Suomalaisissa tutkimuksissa havaittiin että nuorten itse kokema perheen myönteinen rahallinen tilanne lisäsi hänen subjektiivista hyvää vointiaan (Rask ym.2002) ja että taloudellisilla tekijöillä on yhteyttä perheen pahoinvointiin myös silloin kun kyse on lapsiin kohdistuvasta väkivallasta (Paavilainen ym. 2001)</li> <li>Hoitotyöntekijät eivät liitä perheen taloudellisia ongelmia tai työttömyyttä yksilön tai perheen terveyteen tai yhteiskunnalliseen kontekstiin, vaan terveyttä käsitellään useimmiten erillisenä ja yksilöiden vastuuta painottaen. (Heimo 2002, Sirviö 2006), vaikka yhteys huonon taloudellisen tilanteen ja perheen pahoinvoinnin välillä tunnustetaan (Paavilainen 2001 ym. Rask ym.2002, Häggman-Laitila 2003, 2005, Häggman-Laitila ym. 2010).</li> </ul>
<p>Vähävaraisten lapsiperheiden äitien hyvään vointiin liittyviä keskeisiä tutkimustuloksia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Yksinhuoltajaäidit kaipasivat tiedollista, emotionaalista ja konkreettista tukea sekä arviointitukea ja kokivat saamansa epämuodollisen ja virallisen sosiaalisen tuen eri tavoin erilaisissa tilanteissa. Joskus sosiaalinen tuki lisäsi heidän hyvinvointiaan, joskus sen taas koettiin vähentävän sitä, aiheuttavan lisästressiä ja lisäävän riippuvuuden ja pärjäämättömyyden tunnetta. Sama asia saatettiin kokea tukena tai selviytymistä estävänä tekijänä. (Keating-Leflerin ym.2004, Campbell-Grossman ym., Yanicky 2005)</li> <li>Heikot puolustusmekanismit ja vaikeat elämänohjelmat huononsivat matalatuloisten äitien depressionhallintaa (Oakley ym. 2005).</li> <li>Autottomuus saattaa vaikeuttaa matalatuloisissa perheissä hyvinvointia tukevien palvelujen käyttämistä, supistaa sosiaalista verkostoa ja lisätä äidin väsymystä. (Bostock 2001)</li> <li>Vaikka koronaaireitien yleisimmät riskit tunnetaan hyvin, niiden vaikutuksesta terveyskäyttäytymiseen ei ole riittävästi sellaista tietoa, jonka avulla voitaisiin kehittää terveydenedistämisen keinoja aiempaa paremmin ihmisten elämänohjelmat huomioiviksi (Hemingway 2007).</li> </ul>
<p>Vähävaraisten lapsiperheiden isien hyvään vointiin liittyviä keskeisiä tutkimustuloksia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Matalatuloisten isien elämään liittyi monia kasaantuvia terveyden ja hyvän voimien uhkia, jotka vähentävät mielen terveyttä ja lisäävät terveydelle vaarallista käyttäytymistä (Anderson ym. 2005, Everett 2006).</li> <li>Isän rooli ei matalatuloisilla poikennut merkittävästi muusta väestöstä; heille oli tärkeää olla läsnä lapsilleen, oman isän roolimalli oli tärkeä ja heidän isyytensä oli hyvin yksilöllistä. (Brophy-Herb ym.1999, Shannon ym. 2002 Shears ym. 2006, Roy 2006.)</li> <li>Sukupuoleen liittyvän terveyden eriarvoisuuden yhdistyminen alhaiseen sosioekonomiseen asemaan lisää miesten terveysriskejä (mm. Lohan 2007).</li> <li>Pienituloisilla oli enemmän vaikeuksia lapsen ja isän välisessä kiintymyssuhteessa, he kokivat useammin epävarmuutta vanhemmuuden taidoissaan, heillä oli enemmän depressiivisiä oireita ja terveysongelmia ja alhainen tulotaso oli yhteydessä rahan käyttöön liittyviin erimielisyyksiin perheessä. Matalatuloisten ryhmässä havaittiin enemmän eristäytyneisyyttä ja alkoholin riskikäyttäjiä kuin muissa ryhmissä. (Halme 2009.)</li> </ul>

Aikaisemman tutkimustiedon perusteella vähävaraisuuteen liittyy usein syrjäytymisriski terveyden ja hyvinvoinnin osalta. Perheiden vähävaraisuuden ja terveyden yhteys on osoitettu useissa eri lähestymistavoilla tehdyissä tutkimuksissa eripuolilla maailmaa. Siihen liittyvää syrjäytymisriskiä ei voida kuitenkaan määritellä yksiselitteisesti vaan kyseessä on monimutkainen yhteys. Näyttää siltä että joillakin vähävaraisilla perheillä on paremmat mahdollisuudet terveyteen ja hyvään vointiin kuin toisilla. Osa perheistä ei myöskään koe itseään köyhäksi, vaikka se erilaisilla tulomittareilla voidaan luokitella köyhäksi. Alhainen tulotaso ei välttämättä tarkoita huonoa terveyttä ja tarvitaankin lisää tietoa niistä tekijöistä jotka suojaavat terveyttä haastavissa olosuhteissa. Tässä tutkimuksessa vähävaraisuutta ajatellaan yhtenä terveyden eriarvoisuuden riskiä lisäävänä tekijänä ja terveyteen liittyvän syrjäytymisriskin kasvattajana. Tietoa tuotetaan siitä mitä vähävaraisuus merkitsee perheiden arjessa suhteessa hyvään vointiin.

Perhehoitotieteessä perheen terveyttä on tarkasteltu useasta eri näkökulmasta, niin perheen ulkopuolelta kuin perheenjäsenten omien kokemustenkin kautta. Aikaisemman tutkimustiedon perusteella perheen terveyteen liittyvien valintojen ymmärtäminen ja voimavaralähtöinen perheen tukemisen edellyttävät perheen arjen ja sitä kautta määräytyvän perheen itse määrittelemän terveyden ja hyvän voinnin tuntemusta. Tärkeää on myös vähävaraisten perheiden elämän tilanteen, taloudellisen niukkuuden seurausten ja heidän oman näkökulmansa ymmärtäminen.

Hoitotyön näkökulmasta perheiden voimavarat ovat hyvin yksilöllisiä ja tilannekohtaisia mutta edellä esitettyjen tutkimustulosten perusteella näyttää siltä, että vähävaraiset lapsiperheet tarvitsevat usein erityistä tukea terveytensä ja hyvän vointinsa edistämiseksi ja vahvistamisessa perheiden ulkopuolelta. Hoitotyön tekijät ovat erityisessä asemassa näiden perheiden löytämisessä ja varhaisen avun antamisessa.

Avun kohdentamiseksi erityistä tukea tarvitseville perheille, niiden arjesta ja hyvästä voinnista tarvitaan lisää tutkimustietoa. Jos perheen terveyttä pyritään tukemaan ulkoapäin, eikä perheen arkea ja siihen liittyviä merkityksiä tunneta, on vaikea luoda luottamuksellista suhdetta, löytää yhteisiä tavoitteita ja vahvistaa perheenjäsenten autonomiaa ja omia resursseja. Ne taas ovat perhelähtöisen ja voimavaraistumista korostavan toimintatavan edellytyksiä. Hoitotyöntekijöiden on myös vaikea uskoa huono-osaisen perheen selviytymiseen, jos he eivät tunnista omia tähän liittyviä asenteitaan ja ennakkoluulojaan.

Vähävaraisten äitien ja isien terveyteen ja terveyden edistämiseen liittyvää tutkimusta on tehty sekä äitien, perheiden että hoitotyöntekijöiden näkökulmista, niin laadullisilla kuin määrällisilläkin menetelmillä. Pääosin mielenkiinto tutkimuksissa on kohdistunut matalatuloisten väestöryhmien ja

muiden väestöryhmien terveyden tai sairastavuuden vertailuun ja terveyden ja matalatuloisuuden väliseen yhteyteen. Vaikka vähävaraiset perheet ja perheenjäsenet ovat olleet erityisesti amerikkalaisten hoitotyön tutkijoiden mielenkiinnonkohteena, heitä on usein lähestytty ongelmalähtöisesti ja ulkokohtaisesti. Vähävaraisuuden kokemusta on tutkittu vain vähän, erityisesti perheen tai perheenjäsenten hyvän voinnin näkökulmasta, eikä heidän oman arkensa tuntemusta ole juurikaan hyödynnetty perhehoitotyössä. Useilla vähävaraisilla perheillä ja perheenjäsenillä näyttää myös olevan ristiriitaisia kokemuksia sosiaali- ja terveystalvakuista saamastaan tuesta, ja tueksi tarkoitettut interventiot ovat saattaneet kääntyä päinvastaisiksi perheen arjessa. Toisaalta hoitotyöntekijöillä näyttäisi olevan mahdollisuuksia vähentää terveyteen liittyvää eriarvoisuutta kohdatessaan työssään näitä perheitä.

Tässä tutkimuksessa tuotetaan tietoa vähävaraisten lapsiperheiden hyvään vointiin liittyvistä arjen kokemuksista ja niiden merkityksistä terveyden eriarvoisuutta vähentävien keinojen kehittämiseksi hoitotyössä ja suomalaisen terveyden eriarvoisuuteen liittyvän hoitotieteellisen tutkimustiedon vahvistamiseksi.

### **3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT**

Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa kuvailevaa ja ymmärtävää tietoa vähävaraisten lapsiperheiden ja perheenjäsenten hyvän voinnin ja sen tukemisen kokemuksista. Vähävaraisten lapsiperheiden kokemuksia kuvaamalla ja niiden merkityksiä avaamalla ja yhdistämällä on tarkoitus tuottaa vähävaraisten lapsiperheiden hyvän voinnin ja sen tukemisen merkitysrakenteiden yleinen kuvaus.

Tavoitteena on saada lisää tietoa vähävaraisten lapsiperheiden arjen hyvästä voinnista perheiden ja perheenjäsenten omasta näkökulmasta. Tutkimuksessa tuotettua vähävaraisten lapsiperheiden hyvinvoinnin merkitysrakennetta voidaan hyödyntää perhehoitotyössä perhelähtöisten, terveyden eriarvoisuutta vähentävien toimintamallien kehittämisessä riskioloissa elävien lapsiperheiden tukemiseen.

Tutkimustehtävinä ovat:

1. Kuvata vähävaraisten lapsiperheiden äitien hyvää vointia (osajulkaisu I).
2. Kuvata vähävaraisten lapsiperheiden isien hyvää vointia (osajulkaisu II).
3. Kuvata vähävaraisten lapsiperheiden perheenjäsenten yhteisiä kokemuksia perheen hyvästä voinnista ja siihen vaikuttavista tekijöistä (osajulkaisu IV).
4. Kuvata vähävaraisten lapsiperheiden ja perheenjäsenten kokemuksia heidän terveyttään ja hyvää vointiaan vahvistavista ja heikentävästä tekijöistä sekä niihin liittyvästä, perheen ulkopuolelta saadusta tuesta (osajulkaisut I, II, III, IV).
5. Tuottaa yleinen merkitysrakenteiden kuvaus vähävaraisten lapsiperheiden hyvästä voinnista ja siihen liittyvästä tuesta (yhteenvedo-osa).

#### **4. EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN**

##### **4.1 Tutkimusmenetelmän kuvaus**

Koska tässä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena olivat yksittäiset perheet ja perheenjäsenet ja heidän subjektiiviseen hyvään vointiinsa liittyvät kokemukset ja merkitykset, tutkimusmenetelmäksi on valittu fenomenologinen menetelmä (Oiler Boyd 2001, Karlsson & Tham 2006, Tong ym. 2007, Flinck & Åstedt-Kurki 2009).

Fenomenologinen tutkimusmenetelmä sopii vähävaraisten perheiden ja perheenjäsenten hyvää vointia koskevien subjektiivisten kokemusten tutkimiseen, koska aiheesta ei ole paljon aikaisempaa tietoa (Giorgi 2000a, Oiler Boyd 2001, Denham 2003b, Whitehead 2004). Fenomenologinen tutkimusmenetelmän avulla oli mahdollista kuvata perheenjäsenten kokemuksia ja heidän toimintaansa vaikuttavia merkityksiä (Rapport & Wainwright 2006), joista tässä oltiin kiinnostuneita. Menetelmän avulla voitiin myös muotoilla merkitysrakenteita ja niiden avulla ymmärtää kokemuksia teoreettisesti. Näin fenomenologisen kuvauksen ja tulkinnan keinoin perheenjäsenten yksittäisiä ja yhteisiä kokemuksia hyvästä voinnistaan arkipäivän tilanteissa oli mahdollista ymmärtää. (Munhall 2001, Mackey 2005, Rapport & Wainwright 2006, Dowling 2007, Flood 2010.)

Vähävaraisten lapsiperheiden todellisuuteen liittyi leimatuksi ja luokitelluksi tulemisen pelko (Reutter ym. 2009). Baumanin (2006) ja Floodin (2010) mukaan fenomenologinen lähestymistapa voi myös auttaa tutkijaa tunnistamaan perheiden leimaamisen ja luokittelun riskejä. Fenomenologis-hermeneuttinen tutkimusmenetelmä on todettu hyödylliseksi tutkittaessa perheiden kokemusta terveydestään ja hyvästä voinnistaan (Åstedt - Kurki & Hopia 1996, Munhall 2001, Oiler Boyd 2001). Myös Friedemann pitää fenomenologista lähestymistapaa hyödyllisenä kun tutkitaan taloudellisissa vaikeuksissa eläviä perheitä ja heidän terveyttään (Friedemann 1995). Perheistä on usein kerätty tietoa kyselylomakkeilla ja vaikka niiden avulla on luotu tärkeää kokonaiskuvaa perheistä, saadaan perheitä haastatteleamalla toisenlaista, täydentävää tietoa perheen omasta näkökulmasta (Eggenberger & Nelms 2007).

Fenomenologisessa tutkimuksessa tavoitteena on ilmiön ymmärtäminen ja tulkinta puheen ja kielen avulla ja kokemuksen luonteen paljastaminen. Tulkinnallinen tutkimus ei ennusta toimintaa kliinisessä työssä, vaan se vaikuttaa reflektiiviseen käytäntöön paljastamalla ihmisen kokemuksen merkityksiä. Fenomenologisen tulkinnan avulla voidaan ymmärtää ilmiötä koskevia merkityksiä ja merkitysrakenteita. Kokemusten merkitysten paljastaminen auttaa ymmärtämään ihmisten toimintaa sosiaalisessa todellisuudessa. (Maggs-Rapport 2001, Zalm van der & Bergum 2000.)

Fenomenologisessa tieteen perinteessä puhutaan puhtaasta eli deskriptiivisestä tai kuvailevasta fenomenologiasta, joka pohjautuu saksalaisen filosofin Edmund Husserlin (1859–1938) ajatteluun ja hänen oppilaansa Martin Heideggerin (1889- 1976) ymmärtävästä tai tulkitsevasta ilmiön kuvauksesta eli hermeneuttisesta fenomenologiasta (Dowling 2007). Deskriptiivistä ja hermeneuttista fenomenologiaa, niin filosofiana kuin siihen tukeutuvana tutkimusmetodinakin, on kehitetty Husserlin ja Heideggerin ajatuksiin pohjautuen useaan eri suuntaan ja usein myös yhdistelty (mm. Manen Van 1997, Karsson ja Tham 2006, Rapport & Wainwright 2006, Dowling 2007) . Näihin fenomenologian eri suuntauksiin ja niiden yhdistelmiin perustuvia tutkimusmetodeja on käytetty monissa ihmistieteissä ja myös hoitotieteessä kokemuksen järjestelmällisessä tutkimisessa (Åstedt-Kurki 1992, Lukkarinen 1999, Bondas 2000, Oiler Boyd 2001, Paavilainen 2003, Mackey 2005, Lampi 2005, Perttula 2000, Flinck 2009, Dowling 2007, ). Esimerkiksi Perttula (2006) on jatkanut deskriptiiviseen fenomenologiaan perustuvan tutkimusmenetelmänsä kehittämistä hermeneuttisen fenomenologian suuntaan. Hän kuvaa tutkimuksellista näkökulmaansa eksistentiaaliseksi fenomenologiaksi, jota voi nimittää deskriptiivisyyteen pyrkiväksi hermeneuttiseksi fenomenologiaksi eli lyhyemmin deskriptiiviseksi hermeneutiikaksi.

Fenomenologinen tutkija on kiinnostunut tiedonantajensa tutkittavaan ilmiöön liittyvistä kokemuksista. Keskeiset erot deskriptiivisen ja hermeneuttisen tutkimusmetodin väliltä ovat siinä miten tutkija ajattelee saavansa tietoa tutkittavasta ilmiöstä ja mikä on hänen tavoitteensa (Fochtman 2008, McConnell-Henry 2009). Tutkimusmetodien eroa pohdittaessa viitataan usein juuri Husserlin ja Heideggerin näkemysten eroon. Husserlilaiseen ajatteluun pohjaava tutkija välttää tulkintaa ja pyrkii kuvaamaan ja ymmärtämään tutkittavan ilmiön olennaisimman merkityksen siihen liittyvien henkilöiden kokemusten kautta (Kleiman 2004, Fochtman 2008). Heideggerin ajatuksiin nojaava tutkija käyttää omaa aikaisempaa esiymmärrystään tietoisesti tulkitakseen ja paljastaakseen ilmiöön liittyviä kätkeytyjä merkityksiä ja hänelle ilmiön konteksti on erottamaton osa ilmiötä (Lukkarinen 2001, Kleiman 2004, Fochtman 2008).

Hoitotieteessä on käyty kriittistä keskustelua fenomenologisen metodin käytöstä ja eri suuntausten tieteellisistä perusteista. On keskusteltu muun muassa siitä tunnistavatko fenomenologiset tutkijat erilaisia filosofisia suuntauksia käyttämänsä tutkimusmetodin taustalla, kuvaavatko he niitä riittävästi ja käyttävätkö he valitsemaansa metodologia johdonmukaisesti (mm. Grotty 1996, Paley 1997, Giorgi 2000a, Dowling 2007). On myös nostettu esiin kysymys tutkitaanko ilmiöitä vai kuvataanko kokemuksia (Giorgi 2000b, Fochtman. 2008) tai voidaanko fenomenologisessa tutkimusmetodissa yhdistää erilaisiin tieteen näkemyksiin perustuvia fenomenologisia suuntauksia (Giorgi 2000a ja b, Rapport & Wainwright 2006, Fochtman. 2008 Dowling 2007, Flood 2010. Tärkeänä pidetään sitä että tutkija osaa kuvata millaiseen fenomenologiseen suuntaukseen hänen tutkimusmetodinsa perustuu (Rapport ja Wainwright 2006, Dowling 2007, Fochtman 2008, Flinck ja Åstedt-Kurki 2009).

Dowling (2007) on tarkastellut fenomenologisen tutkimusmetodin käyttöä hoitotieteessä jakamalla erilaiset lähestymistavat Amerikkalaiseen fenomenologiaan (American phenomenology) ja perinteiseen fenomenologiaan (Traditional phenomenology) ja edelleen amerikkalaisen fenomenologian uuteen fenomenologiaan (New phenomenology) ja mannermaiseen fenomenologiaan (Continental phenomenology) ja perinteisen fenomenologian eurooppalaiseen fenomenologiaan (European phenomenology) ja filosofiseen fenomenologiaan (Philosophical phenomenology). Jako perustuu hoitotieteellisessä kirjallisuudessa käytyyn keskusteluun (Grottyn 1996, Paleyn 1987, 1988, Rapport 2002, Giorgi 2000a) hoitotieteen tutkijoiden erilaisista fenomenologian tutkimusmenetelmä sovelluksista ja niiden tieteellisestä laadusta. Amerikkalaista fenomenologista hoitotieteellistä tutkimusta on kritisoitu siitä, etteivät tutkijat ole paneutuneet



riittävästi tutkimusmetodinsa taustalla olevaan fenomenologiseen filosofiaan, vaan ovat keskittyneet enemmänkin fenomenologisen metodin irralliseen kehittämiseen (Paley 1997,1998, Grotty 1996, Dowling 2007). Tämän seurauksena on pyritty pitämään erillään husserlilaiseen ja heideggerilaiseen ajatteluun liittyvät tutkimussuunnat (Rapport & Wainwright 2006). Nykyisin näyttää kuitenkin siltä että fenomenologisen tutkimusotteen kehitykselle on tärkeää löytää uusia aikaisempia näkökulmia yhdistäviä metodeja, kuitenkin unohtamatta fenomenologian kehityksen filosofista taustaa ja sen vaikutusta fenomenologisen tutkimusperinteen kehitykseen hoitotieteessä (Rapport & Wainwright 2006, Dowling 2007, Flood 2010).

Tässä tutkimuksessa käyttämäni tutkimusmenetelmä pohjautui pääosin hermeneuttiseen fenomenologiaan liittyvään hermeneuttiseen tutkimusmenetelmään. Tämä tarkoittaa että tulkinnalla on ollut keskeinen osuus tutkimustulosten synnyssä, vaikka olenkin pyrkinyt tietoisesti tunnistamaan omat tutkittavaan ilmiöön liittyvän esiymmärrykseni ja ennakko-oletusteni pystyäkseen poissulkemaan niiden vaikutuksen tutkimustulosten syntyyn. Tutkimusprosessini etenemistä kuvaa hyvin Hermeneutiikassa käytetty käsite hermeneuttinen kehä, jolla tarkoitetaan esiymmärryksen ja ymmärtämisen välistä liikettä, jolla on spiraalimainen ilmenemismuoto (Gadamer 2005). Tutkimuksessa hermeneuttinen kehä tarkoittaa sitä että tulkinta rakentuu aikaisemmille kokemuksille ja että tutkija ei ole ulkopuolinen ja objektiivinen vaan sisällä tutkimusprosessissa ja subjektiivinen (Cohen ym. 2000, Fochtman 2008).

Fenomenologisessa tutkimuksessa menetelmän muokkaamista tutkittavaan ilmiöön sopivaksi pidetään tutkijan velvoitteena (Perttula 2000, Flinck ja Åstedt- Kurki 2009). Kehitellessäni aineistoni analyysimetodia olen hyödyntänyt myös Husserlin ajatteluun pohjautuvaa deskriptiivistä menetelmää (Cohen ym. 2000, Giorgi 2000a ja b, Kleiman 2004, Perttula 2006, Thomas 2005, Lehtomaa 2006). Vaikka Husserlilaisen ja Heideggerilaisen suuntauksen yhdistämistä hoitotieteellisessä tutkimuksessa on kritisoitu (esim. Giorgi 2006), yhdistämisen on nähty myös tuottavan uutta hoitotyön tutkimiseen sopivaa näkökulmaa (mm. Rapport & Wainwright 2006, Hamill & Sinclair 2010).

Olen käyttänyt analyysimetodini kehittämisessä myös Perttulan (1995,2000, 2006) kehittelemää ja kuvaamaa kokemuksen tutkimisen metodia, jota myös Lukkarinen(1999) ja Luukka (2007) ovat käyttäneet omissa fenomenologisissa tutkimuksissaan. Perttula yhdistää kokemuksen tutkimisessa

Giorgin deskriptiivisen fenomenologian näkökulman kokemuksen empiirisestä tutkimisesta ja Rauhalan eksistentiaalisen fenomenologian näkemyksen kokemuksen rakenteesta. Perttulan muunnoksessa Giorgin menetelmästä yhdistetään Husserlin ja Heideggerin ajatuksia hermeneuttisen fenomenologian käsitteellä (Perttula 2006). Kuvaan aineistoni analyysimetodia tarkemmin myöhemmin.

Fenomenologisessa tutkimuksessa keskeisiä käsitteitä ovat deskriptiivisyys, olennaisen etsiminen, intentionaalisuus, merkitysrakenteiden etsiminen ja reduktiota (Thomas 2005, Fochtman 2008, Flinck & Åstedt- Kurki 2009). Deskriptiivisyys eli avoin kuvailu liittyy sekä aineistonkeruuseen, missä se tarkoittaa sitä miten hyvin tiedonantajien kuvaus vastaa alkuperäistä kokemusta, että sen analyysiin missä se tarkoittaa tutkijan pyrkimystä kuvata tutkittavien kokemus mahdollisimman alkuperäisenä. (Perttula 2006, Flinck ja Åstedt- Kurki 2009). Olennaisen etsiminen tarkoittaa tutkijan tietoista mielikuvatasolla tapahtuvaa reflektiota, jonka avulla hän pyrkii löytämään tutkittavan ilmiön keskeiset merkitykset ja merkitysverkostot (Cohen ym. 2000, Lehtomaa 2006). Intentionaalisuudella tarkoitetaan sitä että ajatuksemme ja toimintamme ovat aina suuntautuneet ja kohdistuvat johonkin, mille annamme merkityksiä (Cohen ym. 2000). Fenomenologisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita näistä merkityksistä ja niiden rakenteiden etsimisestä (Perttula 2006, Flinck & Åstedt- Kurki 2009).

Fenomenologinen reduktio on menetelmä, jonka avulla pyritään tutkittavan ilmiötä mahdollisimman tarkkaan kuvaamiseen ilman etukäteisoletuksia ja niiden perimmäisen ”olemuksen” paljastamiseen (Giorgi 2000a ja b, Flinck & Åstedt-Kurki 2009). Perttula (2000) jakaa reduktion kahteen vaiheeseen; sulkeistamiseen ja mielikuvatasolla tapahtuvaan muunteluun, joiden tavoitteena on tutkittavan ilmiön tarkka kuvaaminen (Perttula 2006, Lehtomaa 2006). Sulkeistaminen tarkoittaa tutkijan ilmiötä koskevan aikaisemman tiedon, esiymmärryksen ja etukäteisoletusten tiedostamista ja sivuun siirtämistä ja mielikuvatasolla tapahtuva muuntelu tarkoittaa refleктоivan mielikuvituksen ja intuition avulla tapahtuvaa ilmiön etsimistä (Perttula 2006, Flinck & Åstedt-Kurki 2009).

Fenomenologisessa reduktiossa tutkijan esiymmärrys on osa merkityksen paljastamisen prosessia, mikä tulee tiedostaa ja tuoda esiin, jotta tutkimuksen lukija voi arvioida sulkeistamisen onnistumista läpi tutkimusprosessin. Tässä tutkimuksessa sulkeistaminen koski tutkittavan ilmiöön liittyen esimerkiksi: vähävaraiseen perheeseen liittyviä mielikuviani, tuntemiani terveyden ja hyvän voinnin määritelmiä sekä oletuksiani toimeentulotuen varassa elämisestä ja työttömyydestä. (Munhall 2001, Oiler Boyd 2001, Flinck & Åstedt-Kurki 2009.)

Fenomenologisessa tutkimuksessa tutkijan taustatiedoilla ja aikaisemmalla kokemuksella on merkitystä hänen esiymmärryksensä muodostumisessa. Tutkijan näkökulman esittäminen auttaa lukijaa ymmärtämään tutkijan ajattelun ja toiminnan etenemistä sekä arvioimaan tutkimustiedon tuottamista (Vivilaki & Jonson 2008, Flinck & Åstedt-Kurki 2009). Olen toiminut terveydenhuollossa eri rooleissa: sairaanhoitajana, terveydenhoitajana ja terveydenhuollon opettajana. Erityisesti kokemukseni lastenneuvolatyöstä ja kouluterveydenhuollosta sekä aikaisempi yliopisto-opintoihin liittyvä tutkielmani (Åstedt-Kurki ym. 1999) ovat ohjanneet omaa tutkimuksellista kiinnostustani riskiolosuhteissa elävien perheiden hyvään vointiin. Esiymmärrykseni mukaan hoitotyössä on tavoitteena hoitaa kaikkia ihmisiä samanarvoisesti, mikä on lähtökohta perhe- ja asiakaslähtöiseen toimintaan. Aikaisempaan tutkimustietoon perehtyminen auttoi minua tiedostamaan paremmin ennakko-oletuksiani.

## 4.2 Tutkimuksen vaiheet

Tutkimustehtäviin tuotettiin vastaukset vaiheittain neljän osajulkaisun ja yhteenvedon avulla. Taulukossa 1 kuvataan tutkimuksen etenemistä vaiheittain.

Taulukko 2. Tutkimuksen vaiheet

Vaihe /Tutkimustehtävä	Tiedon antajat	Tutkimusmenetelmä	Julkaisu
<b>1.vaihe/</b> Tutkimustehtävät 1, 2 ja 3			I osajulkaisu:
1. Kuvata vähävaraisten lapsiperheiden äidin hyvää vointia	Vähävaraisten lapsiperheiden äidit N= 15	Fenomenologinen metodi, Fenomenologia-hermeneuttinen lähestymistapa. Analyysimetodissa yhdistetty deskriptiivinen ja hermeneuttinen metodi	Vuori A & Åstedt-Kurki P. 2009. Well-being of mothers with children in Finnish low-income families - the mother's point of view. Scandinavian Journal of Caring Sciences 23, 748 - 756.
2. Kuvata vähävaraisten, vähävaraisten lapsiperheiden isien hyvää vointia	Vähävaraisten lapsiperheiden isät N= 7	Fenomenologinen metodi, Fenomenologia-hermeneuttinen lähestymistapa. Analyysimetodissa yhdistetty deskriptiivinen ja hermeneuttinen metodi	II osajulkaisu: Vuori A & Åstedt-Kurki P. 2012. Experiences of health and well-being among Finnish low-income fathers. Nursing Inquiry, Article first published online: 16.1.2012.
3. Kuvata vähävaraisten lapsiperheiden perheenjäsenten yhteisiä kokemuksia perheen hyvästä voinnista ja siihen vaikuttavista tekijöistä	Vähävaraisten lapsiperheet N= 6 (haastateltuja perheenjäseniä 12)	Fenomenologinen metodi, Fenomenologia-hermeneuttinen lähestymistapa. Analyysimetodissa yhdistetty deskriptiivinen ja hermeneuttinen metodi	III osajulkaisu: Vuori A & Åstedt-Kurki P. 2012 Vähävaraisten lapsiperheiden kokemuksia hyvästä voinnistaan. Tutkiva hoitotyö, hyväksytty julkaistavaksi 7.8.2012.
<b>2. vaihe/</b> Tutkimustehtävä 4			IV osajulkaisu:
4. Kuvata vähävaraisten lapsiperheiden ja perheenjäsenten kokemuksia heidän terveyttään ja hyvää vointiaan vahvistavista ja heikentävistä tekijöistä sekä niihin liittyvästä, perheen ulkopuolelta saadusta tuesta. (osajulkaisut I,II, III, IV)	Äitien, isien ja perheiden yhdistetty aineisto	Fenomenologinen metodi, Fenomenologia-hermeneuttinen lähestymistapa. Analyysimetodissa yhdistetty deskriptiivinen ja hermeneuttinen metodi	Vuori A & Åstedt-Kurki P. 2010. Vähävaraisten äitien kokemuksia terveyttä tukevista tekijöistä. Tutkiva hoitotyö 8: 20-27.
<b>3. vaihe/</b> Tutkimustehtävä 5			ja osajulkaisut I, II ja III
5. Tuottaa merkitysrakenne vähävaraisten lapsiperheiden hyvästä voinnista (yhteenvedon osa)	Yhdistetty aineisto	Tuotetaan merkitysrakenne vähävaraisten lapsiperheiden hyvästä voinnista ja sen vahvistumisesta.	Yhteenvedon osa

### 4.3 Tutkimusaineiston keruu

Tutkimusaineistoni keräsin kolmessa osassa haastatteleamalla toimeentulotukea saavia tai muiden sosiaalitukien varassa eläviä lapsiperheitä yhdessä ja perheen jäseniä erikseen (n= 34).

Ensimmäisen aineiston kokosin haastatteleamalla perheen äitejä, toisen haastatteleamalla isiä ja kolmannen haastatteleamalla perheitä siten, että läsnä oli yhtä aikaa usea perheenjäsen. Vähävaraisia perheitä ei ole ollut helppo saada mukaan tutkimuksiin (mm. Nelson 2004). Tässä tutkimuksessa päädyin käyttämään tarkoituksenmukaista tai harkinnanvaraista otantaa, kuten sitä myös nimitetään (Kleiman 2004, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Tässä tutkimuksessa se tarkoitti seuraavien mukaantulokriteerien täyttymistä: perhe ja perheenjäsenet määrittelivät itsensä vähävaraisiksi yli vuoden kestäneen toimeentulotuen saamisen tai perheen vanhemman työttömyyden perusteella, perheellä oli vähintään yksi alle 16-vuotias lapsi ja perhe tai perheenjäsen halusi osallistua tutkimushaastatteluun.

*Ensimmäisessä tutkimusaineistossa* tiedonantajina olivat vähävaraisten lapsiperheiden äidit (n=15). Haastattelemani äidit olivat saaneet toimeentulotukea vähintään vuoden ajan, mikä tarkoitti sitä, että heillä oli ollut jo pidemmän aikaa toimeentulovaiveuksia. Tuen tarpeen syitä olivat työttömyys, yksinhuoltajuus, sairastuminen, päihteiden väärinkäyttö tai moniongelmaisuus. Perheisiin kuului 2-5 perheenjäsentä, joista yksi oli alle 16-vuotias lapsi. Tiedonantaja perheissä asui yhteensä 24 lasta ja heidän ikänsä vaihtelivat yhdestä kuukaudesta kymmeneen vuoteen. Äitien ikä vaihteli 19 v - 45v. Äideistä yksin lastensa kanssa asuvia oli yhdeksän, kuudessa perheessä asui myös äidin kumppani (Liite 1).

Äidit valitsin tarkoituksenmukaisella otannalla toimeentulotukea saavista lapsiperheistä kolmen kunnan alueelta. Tarkoituksenmukainen otanta tarkoitti sitä, että kokosin aineiston niiltä toimeentulotukea saavien lapsiperheiden äideiltä, jotka kykenivät ja halusivat osallistua tutkimukseen, olivat saaneet vähintään vuoden ajan toimeentulotukea, ja heidän kanssaan asui alle 16-vuotias lapsi tai lapsia. Aineiston keräsin vuosina 2004–2005. Haastattelin äitejä, heidän toivomuksensa mukaan, joko heidän kotonaan tai vapaaehtoisjärjestöjen tiloissa. Nauhoitin haastattelut, joiden kesto vaihteli tunnista kahteen ja puoleen tuntiin. Haastattelin jokaista äitiä vain kerran. Aineistoa kertyi aukikirjoitettuna 205 ykkösrivillä kirjoitettua sivua.

Haastattelumuoto oli avoin keskustelunomainen haastattelu. Alustavien keskusteluaiheiden avulla rajasin haastattelun tutkittavaan ilmiöön. Aiheet liittyivät hyvän elämän arvoihin ja terveyden kokemiseen arkielämässä (Åstedt-Kurki 1992), sekä yksilölliseen, kokemukselliseen tietoon terveydestä ja hyvästä voinnista ja sen tuottamisesta (Åstedt-Kurki & Häggman-Laitila 1995). Pyrin

kuitenkin välttämään liiallista haastattelun ohjausta antamalla tilaa haastateltavan omien kokemusten esiin tuloon. (Zalm van der & Bergum 2000, Whitehead 2004, Lehtomaa 2006.)

*Toisen aineiston* keräsin haastattelemalla tiedonantajiksi suostuneita seitsemää yli vuoden ajan toimeentulotukea saanutta perheen isää, joilla oli vähintään yksi alle 16-vuotias lapsi. Isät valitsin tutkimukseen tarkoituksenmukaisen otannan avulla viiden kunnan alueelta. Isillä oli yhteensä 12 alle 16-vuotiaasta lasta, joiden iät vaihtelivat 4:stä 16 vuoteen. Isien iät vaihtelivat 26:sta 49 vuoteen. Isät asuivat Etelä-Suomessa joko kaupungissa tai maaseudulla. Yleisimmät syyt toimeentulotuen tarpeeseen olivat työttömyys, sairaus, päihteiden väärinkäyttö tai moniongelmaisuus. Yksi haastatelluista isistä asui lapsensa ja tämän äidin kanssa. Kaksi isää asui lapsensa kanssa ja neljä isää asui yksin ja tapasi lapsiaan säännöllisin tai epäsäännöllisin väliajoin (Liite 1).

Isien haastattelut tein vuosina 2006 - 2007. Haastattelin jokaista isää yhden kerran. Nauhoitin haastattelut, jotka kestivät tunnista kolmeen tuntiin. Aineistoa kertyi 129 ykkösrivillä aukikirjoitettua sivua. Avoimien keskustelunomaisten haastattelujen tavoitteena ei ollut ohjata tai kontrolloida keskustelua vaan antaa tiedonantajien puhua vapaasti kokemuksistaan terveydestään ja hyvästä voinnistaan arkipäivässään. Rohkaisin tiedonantajia tuomaan esiin omia näkemyksiään kysymyksillä kuten: "Millaisissa tilanteissa voit hyvin ja millaisissa huonosti? Mikä on elämässäsi tärkeää juuri nyt? Käytin apunani tutkijan päiväkirjaa reflektoidessani omien aikaisempien kokemusteni vaikutusta haastattelutilanteissa. (Zalm van der & Bergum 2000, Kahn 2000, Price 2002, Whitehead 2004, Bulpitt & Martin 2010, Nåden 2010.)

*Kolmannen haastatteluaineiston* keräsin kuudelta vähävaraiselta perheeltä vuosina 2007 – 2008 haastattelemalla perheenjäseniä yhtä aikaa. Haastateltavat perheet valitsin tarkoituksenmukaisella otannalla neljän eteläsuomalaisen kunnan toimeentulotukea saavista lapsiperheistä.

Harkinnanvarainen otanta tarkoitti, että seuraavat tutkimukseen mukaantulokriteerit täytyivät: perhe määrittelee itsensä vähävaraiseksi toimeentulotuen saamisen tai vanhemman työttömyyden perusteella, perheellä on vähintään yksi alle 16-vuotias lapsi ja perhe haluaa osallistua perheen terveyttä ja hyvää vointia koskevaan tutkimushaastatteluun, jossa paikalla on vähintään kaksi perheenjäsentä yhtä aikaa.

Haastatteluun suostuvien perheiden löytäminen oli pitkä prosessi. Kahden kunnan neuvoloiden asiakkaina oleville perheille jaettavaksi jättämäni tutkimuksen esittelykirje (Liite 2) ei tuonut vastauksia. Esittelin tutkimussuunnitelmaani usealla työllisyyskurssilla ja useille vähävaraisten perheiden kanssa työskenteleville sosiaali- ja vapaaehtoistyöntekijöille neljän kunnan alueelta ja sitä

kautta sain yhteydenottoluvan kuudelta, mukaantulokriteerit täyttävältä, perheeltä, jotka halusivat osallistua tutkimukseen.

Osa tiedonantajaperheistä asui maaseudulla, osa kaupungissa. Neljän perheen vanhemmat olivat ensimmäistä kertaa avioliitossa, yksi oli uusperhe ja yksi yksihuoltajaperhe. Perheiden lapsiluku vaihteli yhdestä viiteen. Äidin ja isän iät vaihtelivat 20 – 51 vuoteen ja kotona asuvien lasten iät 1,5 kuukaudesta 17 vuoteen. Tarkemmat kuvaukset perheiden taustatiedoista ovat taulukossa kaksi.

Aineistonkeruumenetelmänä oli avoin keskustelunomainen haastattelu. Avoin haastattelu on osoittautunut toimivaksi tiedon keruu metodiksi perheiden yhteisiä kokemuksia kuvattaessa (Eggenberger & Nelms 2007). Siitä, voidaanko fenomenologisessa tutkimuksessa käyttää tiedonkeruumenetelmänä ryhmähaastattelua, on ollut erilaisia näkemyksiä. Tässä halusin saada perheenjäsenet yhdessä tuottamaan tietoa hyvän voinnin ja terveyden kokemuksistaan ja päädyin siksi käyttämään usean perheenjäsenen haastattelua yhtä aikaa (Åstedt-Kurki ym. 2001a, Eggenberger & Nelms 2007, Bradbury-Jones ym. 2009).

Toiveeni mukaan jokaisessa haastattelussa oli läsnä vähintään kaksi perheen jäsentä yhtä aikaa. Kaikki perheet halusivat että haastattelu tehdään niiden kotona ja paikalla olivat usein kaikki perheen lapset. Varsinaiseen tutkimushaastatteluun osallistui kuitenkin vain kaksi lasta (11 v ja 15 v) kahdesta perheestä (Liite 1). Näiltä kahdelta lapselta varmistettiin useaan kertaan heidän halukkuutensa osallistua tutkimukseen ja heidän perheiltään pyydettiin lupa siihen.

Perheistä haastattelussa läsnä olivat kaikki muut kotona asuvat perheenjäsenet, paitsi yhden perheen isä, joka oli työssä toisella paikkakunnalla. Nauhoitin haastattelut ja ne kestivät 2 - 3,5 tuntiin. Haastattelussa pyrin tavoittamaan sekä perheenjäsenten yksittäisiä, että perheen yhteisiä perheen terveyteen ja hyvään vointiin liittyviä kokemuksia ja näin tuottamaan rikkaan aineiston (Åstedt-Kurki ym. 2001, Eggenberger & Nelms 2007, Donalek 2009). Dialogiin pääseminen edellytti minulta huolellista valmistautumista perhehaastatteluun ja tilannetajua (Eggenberger & Nelms 2007). Valmistauduin etukäteen harjoittelemalla perheen haastattelua kahden haastatteluun suostuneen tuttavaperheen kanssa ja perehtymällä perhehaastatteluun liittyvään teorial tietoon. Varmistin myös etukäteen, että sovittu aikataulu sopi kaikille perheenjäsenille ja valmistauduin toimimaan haastattelutilanteessa joustavasti, perheen toiveet huomioon ottaen. Yhden perheen kanssa sovitun haastattelun peruimme, koska tilanne perheessä muuttui oleellisesti aiempaa huonompaan suuntaan haastatteluajan sopimisen jälkeen.

Kaikki yhteisessä tiedonkeruussa mukana olleet perheenjäsenet suostuivat etukäteen haastateltaviksi ja oman kokemukseni mukaan keskustelut sujuivat positiivisessa hengessä, vaikka ristiriitaisiakin näkemyksiä tuli esiin. Vaikka olin perheessä ulkopuolinen ja tuntematon vieras, tai ehkä juuri sen vuoksi, perheenjäsenet puhuivat terveydestä ja hyvästä voinnistaan avoimesti, tuoden esiin erilaisia näkemyksiä. Haastattelutilanteen avoimuutta saattoi lisätä myös se, että minua ei yhdistetty mihinkään viralliseen palvelujärjestelmään. Esiin ei tullut toistemme ymmärtämistä vaikeuttavia kulttuurieroja oman maailmani ja perheen maailman välillä, kuten joissakin vastaavissa tutkimuksissa oli tullut (Averitt 1999, Kvigne ym. 2002). Rohkaisin tiedonantajia keskustelemaan perheen terveydestä ja hyvästä voinnista esittämällä avoimia sekä tarkentavia kysymyksiä kuten: Mitä perheen terveys ja hyvä vointi tarkoittavat teidän perheenne arkipäivässä? Millaisiin asioihin ja tilanteisiin hyvä vointi liittyy, ja Mitkä asiat lisäävät ja mitkä vähentävät perheenne hyvää vointia (Price 2002).

Haastattelussa pyrin kunnioittamaan perheen omia näkemyksiä. Perheillä oli omat tapansa viestiä: yhdessä perheessä molemmat vanhemmat puhuivat yhtä paljon, kolmessa perheessä äiti oli eniten äänessä ja kahdessa perheessä taas isä, mukana olleet lapset ottivat kantaa vähiten (vrt. Donalek 2009). Kaikki haastattelussa mukana olleet perheenjäsenet ottivat aktiivisesti osaa keskusteluun vahvistaen toinen toistensa ajatusta tai esittäen siitä oman näkemyksensä esim. nyökkäämällä. Perheet toivat keskustelussa esille omia havaintojaan, arvostuksiaan, käsityksiään, tunteitaan, ajatuksiaan ja uskomuksiaan terveyteen ja hyvään vointiin liittyen (Wimpenny & Gass 2000). Joissakin perheissä perheenjäsenten näkemykset terveyteen ja hyvään vointiin liittyen erosivat toisistaan, useimmissa perheissä näkemykset olivat yhteneviä. (Åstedt-Kurki ym. 2001, Eggenberger & Nelms 2007).

Perheiden jäsenet antoivat haastattelusta minulle positiivista palautetta, he totesivat, että haastattelussa tuli esille asioita, joita ei yleensä yhdessä tullut pohtineeksi (vrt. Eggenberger & Nelms 2007, Donalek 2009). Käytin tiedonkeruussa apunani tutkijan päiväkirjaa, johon jokaisen haastattelun lopuksi kirjasin oman vaikutelmani tilanteesta ja perheenjäsenten välisestä vuorovaikutuksesta. Fenomenologisessa tutkimuksessa aineiston saturaatiota on vaikea arvioida (Flinck & Åstedt-Kurki 2009). Sain kerättyä perheiltä runsaan (165 sivua litteroitua tekstiä) ja sisällöltään rikkaan aineiston ja arvioin, että perheiden lukumäärän lisääminen ei lisää tiedon määrän kertymistä (Whitehead 2004).



#### 4.4 Aineiston analyysi

Fenomenologisessa tutkimuksessa tulokset syntyvät empiirisestä aineistosta tutkijan ajatustyön tuloksena. Tutkimuksen tarkoitus ja lähtökohdat määrittävät, miten analyysi etenee (Oiler Boyd 2001, Flinck & Åstedt-Kurki 2009). Analyysi ohjautuu aineistosta käsin, sisältökuvaukset syntyvät induktiivisesti, eikä analyysin etenemistä voida kuvata kovin tarkasti etukäteen. Tutkijan on kuitenkin varauduttava kuvaamaan käyttämänsä analyysimenetelmä jälkikäteen, jotta tutkimuksen lukija voi vakuuttua menetelmän luotettavuudesta.

Analysoin keräämäni aineistot deskriptiiviseen ja hermeneuttiseen fenomenologiaan perustuvalla aineistolähtöisellä analyysimenetelmällä, joka ei ole suoraan minkään aikaisemmin julkaistun menetelmän mukainen. Metodissani olen soveltanut Cohenin, Kahnin ja Steevesin (2000) kuvaamaa hoitotieteessä käytettyä metodia ja Giorgin (1997) kuvaamaa sekä Perttulan (2006) ja Lehtomaan (2006) edelleen kehittämää fenomenologisen psykologian tutkimusmetodia.

Keräämäni aineistoa kertyi äideiltä 205 sivua, isiltä 129 sivua ja yhdessä haastatelluilta perheenjäseniltä 165 sivua eli yhteensä 499 sivua litteroitua tekstiä. Lähdin kehittämään analyysimetodiani tukeutuen aineistoon, mutta myös aikaisempaan tutkimuskirjallisuuteen. Aloittelevana tutkijana kaipasin alussa selkeää metodia tukemaan analyysin etenemistä. Aineistoa kerätessäni vahvistui kuitenkin tarve kuvata perheenjäsenten kokemuksia mahdollisimman alkuperäisenä ja rikkaana, vaikka tulkinta olikin aina läsnä. Tässä vaiheessa heräsi ajatus analyysimetodista jossa hyödynnetään sekä deskriptiiviseen että hermeneuttiseen fenomenologiaan pohjautuvia suuntauksia. Olin tietoinen siitä että näiden suuntausten taustalla on erilaiset epistemologiset ja ontologiset näkemykset (mm. Giorgi 2000 a ja b, Lukkarinen 2001), mutta sain tukea ajatteluuni fenomenologisesta tutkimuskirjallisuudesta, missä näitä suuntauksia oli yhdistetty aikaisemmin (Manen Van 1997, Karsson ja Tham 2006, Rapport & Wainwright 2006, Perttula 2006).

Sovelsin analyysimetodissani Lehtomaan (2006) kuvaamaa, Perttulan (2000) kehittämää, Giorgin (1997) ajatteluun tukeutuvaa fenomenologista analyysimetodia. Analyysi etenee yksilökohtaisen merkitysverkoston muodostamisesta yleisen merkitysverkoston muodostamiseen. Yksilökohtainen merkitysverkostonmuodostaminen etenee seitsemän vaiheen kautta, jotka ovat: tutkimusaineistoon perehtyminen, keskeisten sisältöalueiden muodostaminen, merkityssuhteiden erottaminen toisistaan, merkityssuhteiden muuntaminen tutkijan kielelle, merkityssuhteiden ja niistä tehtyjen muunnosten sijoittaminen sisältöalueisiin, sisältöalueittaisten yksilökohtaisten merkitysverkostojen muodostaminen ja sisältöalueista riippumattomien yksilökohtaisten merkitysverkostojen

muodostaminen. Yleisen merkitysverkoston muodostumisessa edetään neljän vaiheen kautta: lähdetään yksilökohtaisista merkitysverkostoista ehdotelmina yleisestä tiedosta, erotetaan merkityssuhteita ja muutetaan niitä merkitys-suhde ehdotelmiksi, muodostetaan ehdotelmat yleiseksi merkitysverkostoksi ja lopuksi muodostetaan yleinen merkitysverkosto. ( Lehtomaa 2006.)

Aikaisempien vähävaraisuuteen liittyvien tutkimusten perusteella aiheeseen liittyi monenlaisia tulkintojen synnyttämiä esioletuksia, joiden tunnistaminen omassa ja tiedonantajieni ajattelussa oli vaativaa. Lehtomaan kuvaama, osin deskriptiiviseen fenomenologiaan tukeutuva metodi auttoi minua reduktiossani tietoisemmin ja systemaattisemmin tunnistamaan esiymmärrystäni ja jäsentämään tutkimusaineistoani selkeämmin. Analyysissä pyrin aluksi tuottamaan tarkkaa kuvausta tiedonantajien omasta kokemuksesta ja tulkintaa hyödynsin tietoisesti vasta yleisen tason merkitysperspektiiveihin siirtyessäni.

Halusin kuitenkin aineistoni luonteesta johtuen yhdistää Lehtomaan kuvaamaan analyysimetodiin vielä vahvemmin hermeneuttiseen tutkimusperinteeseen liittyvää ajattelua. Cohen, Kahn ja Steeves (2000) kuvaavat fenomenologisen analyysin etenemistä hyödyntäen hermeneuttista kehää aineiston tulkinnassa. Tämä tarkoittaa sitä että tutkijan on analyysin edetessä pidettävä kokoajan mielessä konteksti mihin aineisto ja sen osat liittyvät, ja otettava se huomioon tulkinnassa (Cohenin, Kahnin ja Steevesin 2000). Käytännössä analyysissä on koko ajan kuljettava osien ja kokonaisuuksien välillä ja tehtävä jatkuvaa vertailua yksittäisten kielellisten ilmaisujen ja tiedonantajien elämän kokonaisuuden sekä siihen liittyvien tekijöiden välillä. Cohenin, Kahnin ja Steevesin (2000) kuvaama metodi sopi hyvin aineistooni, koska tutkittava ilmiö liittyy tiedonantajien jokapäiväiseen elämään ja aineisto kuvasi vähävaraisten lapsiperheiden arkipäivään liittyviä kokemuksia hyvästä voinnistaan jolloin elämäntilanne ja ympäristö missä tiedonantajat elivät, olivat tulkinnassa tärkeitä. (Cohen, Kahn & Steeves 2000).

Analysoin kaikki kolme aineistoa erikseen. Ensimmäinen aineisto tuotettiin haastattelemalla vähävaraisten perheiden äitejä, toinen aineisto haastattelemalla vähävaraisten perheiden isiä ja kolmas aineisto eli perheaineisto haastattelemalla kahta tai useampaa vähävaraisen perheen jäsentä yhtä aikaa. Kuvaan seuraavaksi äitien ja isien aineistojen analyysin etenemistä aineiston keruusta merkitysrakenteiden muodostamiseen. Nämä samat vaiheet toistuivat molempien aineistojen analyysissä. Aineiston analysoinnin *ensimmäinen vaihe* alkoi kerätessäni ja litteroidessani aineistoa, jolloin muodostui ensimmäinen kuva tiedonantajien kertomasta. Seuraavaksi yhdistin aineiston yhdeksi aineistoksi ja luin sen avoimella mielellä useaan kertaan. Tässä vaiheessa luin myös haastatteluista tekemiäni päiväkirjamerkintöjä saadakseni kokonaiskuvan aineistosta.

*Toisessa vaiheessa* nostin haastatteluaineistosta tiedonantajien esiin tuomat, tutkimustehtävien kannalta oleelliset ilmaisut. Tutkimustehtävin ohjaamana erottelin aineistosta tiedonantajittain heidän keskustelussa esiin tuomansa oleelliset ilmaukset omasta ja perheensä hyvästä voinnista. Etsin kokemuksia kuvatuissa elämyksissä ilmenevinä mielellisinä erityyppisinä tiedonantajien terveyteen ja hyvään vointiin liittyvinä merkityksinä (havaintoja, tunteita, arvostuksia, uskomuksia, mielipiteitä, käsityksiä ja ajattelua).

*Kolmannessa vaiheessa* käänsin jokaisen merkityksen sisältävän yksikön yleiskielelle (esimerkki taulukossa 3). Reflektoinnin ja intuition avulla sekä omia merkitysyhteyksiäni tunnistamalla ja sivuun jättämällä pyrin ymmärtämään, mitä haastateltavan puhe tarkoittaa ja tavoittamaan merkityksen sisältämän yksilön kokemuksen keskeisen sisällön. Siirsin aineiston kahtia jaettuun sarakkeistoon, jonka toisella puolella oli haastateltavien tutkimustehtävien kannalta merkittävät ilmaukset ja toisella puolella niistä tiivistetyt yleiskieliset ilmaukset. Tämä auttoi minua vertaamaan tekemiäni käännöksiä alkuperäiseen ilmaukseen ja säilyttämään kokemuksen kontekstin. Kirjoitin yleiskielisen merkitysyksikön yksikön kolmannessa persoonassa, mikä auttoi minua pysymään uskollisena tiedonantajan näkökulmalle ja hänen kokemukselleen ja välttämään tässä vaiheessa sekoittamasta mukaan omia kokemuksiani.

*Neljännessä vaiheessa* muodostin jokaisen tiedonantajan oman yksilökohtaisen merkitysverkoston etsien merkitystihentymiä ja pyrkien näin löytämään aineistosta tiedonantajien hyvään vointiin liittyviä keskeisiä sisältöjä ja muodostamaan niistä merkityskokonaisuuksia mielikuvatasolla tapahtuvan muuntelun avulla (esimerkki taulukossa 4). Pyrin välttämään kokemuksen liiallista pelkistämistä ja säilyttämään mielessäni tiedonantajien kuvaukset mahdollisimman alkuperäisinä. Palasin tässä vaiheessa usein alkuperäisaineistoon ja tutkijan päiväkirjaan haastattelujen yhteydessä tekemiini merkintöihin ja palautin niiden avulla mieleeni haastattelutilanteet. Näin pyrin säilyttämään merkitysverkostoja hahmotellessani, kosketuksen tiedonantajien kokemusmaailmaan ja siihen kontekstiin, mihin puhe liittyi. Muodostuneita sisältöalueita tarkensin etsimällä sisällöllistä validiteettia ja ilmaisuvoimaa vertaamalla niitä tiedonantajien merkitysverkoston kokonaisuuteen.

*Viidennessä vaiheessa* etenin analyysissä yksilökohtaisista merkitysverkostoista yleisen merkitysverkoston muodostamiseen. Yksilökohtaisista merkitysverkostoja tarkastelemalla pyrin löytämään tiedonantajien hyvään vointiin liittyviä yhteisiä ydinmerkityksiä. Ydinmerkityksille etsin yhteisiä yleisemmän abstraktiotason ilmauksia. Näin muodostui merkityskokonaisuuksia joiden tarkoitus on ilmentää tiedonantajien hyvän voinnin keskeisiä ja toisiinsa palautumattomia muunnelmia. Oli tärkeää säilyttää kuvauksen ilmaisuvoima. Liikuin näin syntyneiden

merkityskokonaisuuksien ja yksilöllisten merkitysverkostojen välillä ja jäsensin niistä hahmottuvia keskeisiä merkitysverkostoja. Tarkensin ilmiötä kuvaavien keskeisten merkitysverkostojen nimiä vertaamalla niitä alkuperäisaineistoon tavoitteenani rakentaa yhteyttä olemassa olevan tiedon ja näiden keskeisten merkitysverkostojen välille.

Näin syntyivät ehdotelmat vähävaraisten äitien ja vähävaraisten isien hyvään vointiin ja sen tukemisen liittyvistä yleisen merkitysrakenteen kuvauksista. Palautin kuvaukset vielä alkuperäiseen aineistoon ja vertasin kokonaisuutta ja osia, jotta saatoin varmistaa, että alkuperäisen aineiston yhteys siitä nostettuun kuvaukseen säilyi, ja että yleiselle tasolle nostettu tieto oli kattavaa, eikä se ollut ristiriidassa yksilökohtaisen tiedon kanssa. Näin syntyneet vähävaraisten äitien ja isien merkitysrakenteiden kuvaukset (kuviot 2, 3 ja 5) ovat esimerkkejä vähävaraisten äitien ja isien hyvän voinnin ja sen tukemisen kokemusten merkitysrakenteista.

### Taulukko 3: Esimerkki analyysin vaiheesta kolme: merkityksen sisältävä yksikkö äidin ilmaisemana ja merkityksen sisältävä yksikkö yleiskielellä

Merkityksen sisältävä yksikkö äidin ilmaisemana	Merkityksen sisältävä yksikkö yleiskielellä
<p>ÄITI 3: Ninku mä en luota ollenkaan terveyskeskuksiin...ei ainakaan mitään hyvää ... ensin sanoo et sä oot terve ja sitten lähettää yksityiselle... et silleen... et ne ei ymmärrä sitä että ei me turhaan ravata siellä, et me lähetään sinne ihan syystä. Joo ei me tulla huvikseen sinne valittelee oireita... meil on parempaakin tekemistä kun ravata jossain tervarissa, kysymäs et mikäs mua vois vaivaa, ja sinne ninku lähetään ihan asiasta sinne...niil on oikeesti aikoja siellä ne ei vaan anna niitä.</p>	<p>Hän ei luota terveyskeskuksiin. Hänellä ei ole niistä hyviä kokemuksia. Hänen on annettu ymmärtää, että hän on terve, mutta ohjattu silti terveyskeskuksesta yksityiselle lääkärille. Hänen mielestään työntekijät eivät ymmärrä etteivät asiakkaat tule terveyskeskukseen ilman syytä, valittamaan oireitaan. Heillä on parempaakin tekemistä kuin käydä terveyskeskuksessa huvikseen. Sinne mennään kun on oikeaa asiaa. Hän uskoo että vastaanottoaikoja on käytössä, mutta niitä ei vain anneta kaikille asiakkaille.</p>

### Taulukko 4: Esimerkki analyysivaiheesta neljä: yksilökohtaisen merkitysverkoston muodostaminen

Esimerkkejä samansisältöisistä tärkeistä ilmaisuista:	Yksilökohtainen merkitysverkosto:
<p>ISÄ 7: Kun hänen poikansa on tulossa kotiin muutaman viikon kuluttua (poika asuu kasvatusperheessä), he tekevät taas jotain yhdessä, ehkä korjaavat autoa tai mopedia.</p> <p>Hän ymmärtää että poika tahtoo näyttää että osaa tehdä erilaisia asioita, esimerkiksi ajaa yhdellä pyörällä polkupyörää, mutta hän pelkää pojan turvallisuuden puolesta.</p> <p>Hän oli hyvin tyytyväinen kun onnistui hankkimaan kierrätyskeskuksesta polkupyörän pojalleen.</p> <p>Poika merkitsee kaikkea hänelle, hänellä ei ole elämässään mitään muuta.</p> <p>Hän on ostanut hautapaikan ja ajattelee että jos jotakin pahaa tapahtuu ja poika kuolee, hän kuolee myös ja heidät haudataan yhdessä.</p> <p>Hän ajattelee että hän voi luopua kaikesta muusta maailmassa vain poika on tärkeä.</p>	<p>Hän pitää poikaansa kaikkein tärkeimpänä ja merkityksellisempänä asiana elämässään, mitään muuta hänellä ei ole. Pojan kanssa yhdessä puuhailu ja tämän elämässä mukana olo ovat ensiarvoisen tärkeitä, vaikka poika ei voikaan asua hänen kanssaan. Hän voi hyvin, kun hän pystyy tuottamaan pojalle iloa ja olemaan pojasta ylpeä.</p>

Seuraavassa kuvaan analyysin etenemistä kolmannessa eli perheaineistossa. Vaikka analyysi eteni periaatteessa samojen vaiheiden kautta, kuin äitien ja isien aineistojen analyysi, eteneminen poikkesi aineiston luonteesta johtuen joiltakin osin edellisestä. *Analyysi alkoi* kerätessäni ja litteroidessani aineistoa ja jatkui aineiston lukemisella useaan kertaan. Tässä vaiheessa säilytin jokaisen kuuden perheen haastattelut omina aineistoinaan. *Toisessa vaiheessa* etsin perheaineistoista merkityksen sisältäviä yksiköjä eli perheenjäsenten ilmaisuja omasta ja perheensä hyvästä voinnista

*Kolmannessa vaiheessa* käänsin jokaisen merkityksen sisältävän yksikön sisällön yleiskielelle. *Neljännessä vaiheessa* tunnistin perhekohtaisista aineistoista hyvään vointiin liittyviä merkitystihentymiä etsimällä hyvään vointiin liittyviä samansisältöisiä ilmaisuja ja muodostamalla niistä perhekohtaisia merkitysverkostoja mielikuvatasolla tapahtuvan muuntelun avulla. *Viidennessä vaiheessa* etsin perhekohtaisista merkitysverkostoista kaikkien perheiden hyvään vointiin liittyviä yhteisiä ydinmerkityksiä. Esimerkkejä analyysin etenemistä vaiheesta kolme vaiheeseen viisi on kuvattu kuviossa 1. Lopuksi tuotin ydinmerkityksistä muodostettujen merkityskokonaisuuksien synteessin avulla yleisen kuvauksen näiden vähävaraisten lapsiperheiden hyvän voinnin merkitysrakenteesta (kuvio 4).

Näiden erillisten analyysien tuottamat merkitysverkostot yhdistin yhdeksi merkitysrakenteeksi etsimällä kuvaamistani eri merkitysverkostoista yhteisiä ja erillisiä merkityksiä ja muodostamalla näin vähävaraisten lapsiperheiden hyvää vointia ja sen tukemista kuvaavan merkitysrakenteen (Kuvio 5).

Analyysivaihe 4: Esimerkkejä yhden perheen samansisältöisistä hyvään vointiin liittyvistä ilmaisuista:	Perheen taloudelliseen toimeentuloon liittyvä merkitysverkosto	Analyysivaihe 5: Perhekohtaisten merkitysverkostojen tarkastelu yhteisten ydinmerkitysten löytämiseksi	Esimerkki keskeinen merkitysverkoston Riittävä taloudellinen toimeentulo - muotoutumisesta
<p><b>Perhe1</b></p> <p><i>Isä kertoo selviävänä kovan kivun vuoksi arkipäivän tilanteista työssään lääkkeiden avulla ja hammasta purren. Hän ei voi jäädä perheentaloudellisen tilanteen vuoksi pois työstä. Päivittäisestä toimeentulosta huolehtimisen raskaus vie hänen kaikki voimansa.</i></p> <p><i>Äidin mukaan rahan vähyys vaikuttaa perheen ruokaan liittyviin valintoihin: ei voi valita terveellisempää vaan halvempi vaihtoehto.</i></p> <p><i>Isän mukaan perheen taloudellinen ahdinko heijastuu koko perheeseen ärtyisyytenä ja pahan olona.</i></p> <p><i>Äiti sanoo ettei hänellä ole unelmia, ne ovat turhia, koska niitä ei ole rahaa toteuttaa..</i></p> <p><i>isä tuo esiin että kaikesta mitä perheessä tehdään pitää olla taloudellista hyötyä, että he pärjäävät itse. He eivät halua olla kenestäkään riippuvaisia</i></p> <p><i>Poika on huolissaan siitä riittävätkö rahat hänen bussilippuunsa ja pääseekö hän kouluun</i></p> <p><i>Isä ajattelee että hän haluaisi tehdä tulevaisuudessa jotain muuta, mutta ei usko sen toteutuvan.</i></p>	<p>Perheen huono taloudellinen tilanne ahdistaa perheenjäseniä ja vie heiltä voimia selviytyä arjesta ja tuo pahaa oloa. Elämiseen tarvittavan rahan riittämättömyys perheessä estää perheenjäseniä suunnittelemasta tulevaisuutta. Taloudellisen pärjäämisen merkitys on tärkeää perheen arjessa, kun tulot eivät riitä elämiseen. Rahattomuus on perheelle uhkaa menettää mahdollisuus hoitaa itse omia asioitaan. Raha toisi perheeseen varmuutta huomisesta.</p>	<p><b>Perhe 1</b></p> <p>Perheen huono taloudellinen tilanne ahdistaa perheenjäseniä. Rahan puute perheessä estää perhettä suunnittelemasta tulevaisuutta. Taloudellisen pärjäämisen merkitys on tärkeää perheen arjessa, kun tulot eivät riitä elämiseen. Rahattomuus on perheelle uhka menettää mahdollisuus hoitaa itse omia asioitaan. Raha toisi perheeseen varmuutta huomisesta.</p> <p><b>Perhe 3</b></p> <p>Perheen taloudellisen tilanteen parantuminen toisi perheeseen terveyttä, turvallisuutta ja onnea. Rahattomuus tuo turvattomuutta ja vähentää mahdollisuutta selvitä itse arjen odottamattomista tilanteista. Rahan riittämättömyys aiheuttaa pahaa oloa, riitaa, väsymystä ja jatkuvaa stressiä perheenjäsenille. Käytettävissä olevan rahan määrä säätelee ruokaan liittyviä valintoja. Rahan merkitys perheessä kasvaa kun sen puute on koko ajan läsnä. Perhe ei voi elää normaalia elämää, käytettävissä olevan rahamäärän pienuuden vuoksi</p> <p><b>Perhe 4</b></p> <p>Perheen jäsenen työttömyydestä johtuvat toimeentulovaikeudet vievät voimia perheenjäseniltä ja aiheuttavat pahaa oloa ja arvottomuuden tunnetta. Epäselvä tulevaisuus stressaa perheenjäseniä ja vie uskoa vaikutusmahdollisuudesta omaan elämäänsä.</p> <p>...</p>	<p>Huoli perustoimeentulosta aiheuttaa fyysistä ja henkistä väsymistä ja vie perheenjäsenten voimia selviytyä arjesta.</p> <p>Rahan merkitys perheessä kasvaa kun sitä on vähän ja sen uskotaan ratkaisevan ongelmia ja tuovan onnellisuutta.</p> <p>Perheen taloudellinen niukkuus vähentää mahdollisuuksia arjen valintoihin.</p> <p>Perheet kokevat toimeentulovaikeuksien vuoksi itsensä ja mahdollisuutensa huonommiksi verrattuna muihin perheisiin .</p> <p>Rahojen riittämättömyys tuo turvattomuutta ja vähentää perheenjäsenten uskoa selviytymiseensä tulevaisuudessa</p> <p>...</p>

**Kuvio1: Esimerkki perheaineiston analyysin etenemisestä vaiheesta neljä vaiheeseen viisi**

## 5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

### 5.1 Vähävaraisten lapsiperheiden hyvä vointi

Aluksi kuvaan erikseen vähävaraisten lapsiperheiden äitien, isien ja perheenjäsenten yhteistä hyvään vointiin liittyvistä kokemuksista muodostuneita merkitysverkostoja ja lopuksi muodostan eri näkökulmat huomioonottavan merkitysrakenteen vähävaraisen lapsiperheen hyvästä voinnista ja sen tukemisesta.

#### 5.1.1 Arjen terveys

Arjen terveys näyttäytyi äideille osana kaikkiin elämän alueisiin ulottuvaa hyvää vointia. Tiedonantajina toimineet äidit korostivat henkistä hyvää vointia hyvän voinnin perustana. Jos äiti ei voinut henkisesti hyvin, se heijastui koko perheen hyvään vointiin ja aiheutti usein myös fyysisen terveyden laiminlyöntiä äidin omalla kohdalla. Kun äiti voi henkisesti hyvin, hän kesti myös perheen elämään liittyviä vaikeuksia, kuten yksi äideistä asian ilmaisi: *”Et mieluummin jos on fyysisesti sairas, niin se on varmaan pienempi paha kuin sitten se et jos on ninku henkisesti väsynyt, tai muuten huonovointinen, sit jos sä voit tosi huonosti henkisesti ni et sä jaksa tehdä sille fyysisellekään terveydelle mitään.”*

Äidit toivat esiin hyvään vointiin liittyvän terveyden opittuna tietona. TerveYTEEN liitettiin terveellinen ruoka ja liikunta. Äideillä oli yleistietoa siitä, mikä on terveellistä, mutta tietoa käytetään valikoivasti perheen senhetkiseen tilanteeseen soveltaen. Lasten kohdalla terveelliseksi tiedetty painoi valinnoissa enemmän kuin äidin omalla kohdalla, kuten kävi ilmi äidin toteamuksesta: *”Ainakin et pitää pojalla ninko kiinni ruokavaliosta, sillee monipuolinen, et se ainakin saa kaikki vitamiinit ja kaikki.”*

Äideille terveys merkitsi myös vakavan, hoitoa vaativan sairauden puuttumista. Sairaus, johon tarvintaan kalliita lääkkeitä tai sellainen vakava sairaus perheessä, josta ei parane, uhkasi perheen hyvää vointia: *”Että ei ois semmosia sairauksia mistä joutuu hirveesti maksamaan, eri lääkkeitä tarvi käyttää semmoseen, et tota pieni flunssa ei oo mitään mutta sit jos on vakavampaa niin.”*

TerveYTEEN tai sairauden pelkoon ei haluttu kiinnittää liikaa huomiota, muuten terveys kääntyi lisärasitteeksi äidin ja perheen elämässä. Terveys ja terveellisyys suhteutettiin realistiseksi osaksi perheen arkipäivää. TerveYTEEN edistäminen saatettiin kokea turhaksi jossitteluksi ja uhkakuvien

luojaksi. Hyvä vointi kokonaisuudessaan oli tärkeämpää kuin terveys erillisenä arvona. Terveys nähtiin erittelemättömänä hyvän voinnin osana, jota ei tarvinnut kovin paljon arkipäivässä ajatella, kuten ilmenee seuraavista äitien kommenteista: ” *Kylhän ulkoillaan ja ite harrastan liikuntaa, mut ei sitä sillee ajattele et tekee sen ninku terveytensä kannalta, ottaa sen vaan harrastuksen vuoksi.* ” ja ” *Ei sitä kyll niin hirveesti anna ajatuksia sille terveydelle, se on jotenkin vaan niin itsestään selvyys*”

Arkipäivän terveys oli tärkeä osa isien hyvää vointia. Isille se merkitsi kivuttomuutta ja sairauden oireiden puuttumista, psyykkistä hyvää oloa ja mielentasapainoa, fyysistä hyvää vointia ja ilon tunnetta, kuten isä tässä kertoo: ” *No tietysti ennen kaikkea että pystyy liikkumaan, on ilonen ihminen...ettei oo kipeä...*” Isien hyvään vointiin vaikuttivat myös perheenjäsenten ja hyvien ystävien vointi. Fyysinen terveys oli isille tärkeä, koska se mahdollisti arkipäivässä omin voimin selviytymisen.

Perheenjäsenten yhteisistä pohdinnoista nousi samantyyppisiä merkityksiä. Perheen yhteinen kokemus terveenä olemisesta syntyi, kun perheen arkipäivä sujui normaalisti. Perheen jäsenet kuvasivat arkipäivän terveyttä fyysisen sairauden oireiden puuttumisena ja sairauden tunteen puuttumisena, kivuttomuutena tai kivunhallintana mutta myös kaikkien perheenjäsenten henkisenä hyvin vointina, hyvän olon tunteena ja onnellisuutena. Kun painonpudotus, lääkkeen syöminen tai todettu sairaus eivät vaikuttaneet hyvän voinnin kokemukseen, oli vaikea uskoa niiden terveysvaikutukseen, kuten seuraava dialogi osoittaa: ”Isä: *Äiti on aika paljon laihduttanu täss, sanotaan vaikka vuoden aikana.* Äiti: ”*Ei kato mulla nous verenpaine 280 ja nyt noi pillerit on, mää syön ihan samanlailla ku ennen, mut paino on vaan pudonnu, emmää huomaa ittestäni sillai, samat vaatteethan päällä on.*” Isä: ”*Sen huomaa ninku perheen jäsen sinusta että.* Äiti: ”*Ei sit kai huomaa ite sillai.*”

Perheille terveys näyttäytyi myös perheenjäsenten opittuna ja yksilöllisten ja yhteisten kokemusten kautta syntyneenä tietona terveydestä. Äiti ja tytär pohtivat terveyttä heidän arkipäivässään seuraavasti: Äiti: ”*Me yritetään kalaöljykapseleita syödä ja, ku me oikeestaan ruuasta saadaan kaikki semmonen, koska me syödään niin terveellisesti, ei me tarvita hirveesti lisiä, kyllä mä luulen et me aika terveellisesti, herkutellaan, mutta taas sitten syödään monipuolisesti ja meillä liikutaan, nyt vanhempikin rupee pikku hiljaa kiinnostumaan siitä liikkumisesta, kun mä oon intohimonen liikkuja itse, ni väkisinkin se esimerkki alkaa jossain vaikuttaa*” Tytär: ”*Terveys on liikuntaa ja sitä ettei riidellä, eikä itse aiheuta riitaa, että kaikilla on hyvä olo...*”



Jos ristiriita hyvän olon kokemuksen tai terveyteen liittyvän ulkokohtaisen tiedon ja käytettävissä olevien resurssien välillä oli liian suuri, siitä muodostui este terveyteen liittyvän tiedon hyödyntämiseen arkipäivässä. Vaikka perheen äiti tiesi, että kasvikset ovat makkaraa terveellisempiä, hän halusi säilyttää makkaran syönnin iltaisin yhteisenä hyvän olon lähteenä perheessä. Perheen isä toi ristiriidan esiin näin: *”Joo, energiapitoisesta ruuasta, ja kyllä mä pidänkin semmosest justiin ninku, mä oon kova syömään ninko lihaaki. Nii-i (huokaa), mut ei saisi, ehkä mä nyt kuitenkin pikkusen, on se lisääntymään päin se, ninku salaatin ja vallanki porkkana on semmonen, kurkku tomaatti, se on vaan kallista. Ni on se kyllä, tähän vuoden aikaan varsinki”*

Vaikka isien ja äitien tai perheenjäsenten yhteisten näkemysten vertaaminen ei tässä tutkimuksessa ollutkaan tavoitteena, eri näkökulmista nousevat merkitykset vahvistavat näkemystä erilaisten merkitysten tunnistamisen tärkeydestä perhelähtöisen ja terveyden eriarvoisuutta vähentämään pyrkivien toimintamallien kehittämisessä. Tämän tutkimuksen tiedonantajaäidit painottivat henkistä hyvinvointia, kun taas tiedonantajaisät nostivat esiin hyvän olon ja onnellisuuden tunteen, mihin fyysinen terveys vahvasti liittyi. Yksin haastatellut isät eivät puhuneet terveydestä tietona vaan kivun puuttumisena. Perheenjäsenten yhteishaastattelussa taas opittu terveys tietona nousi esiin.

### 5.1.2 Arjen sujuminen

Arjen sujuminen oli kaikille perheenjäsenille tärkeää. Äitien arjen tekivät sujuvaksi sitä rytmittävät rutiinit, jos äidillä vain oli voimia pyörittää niitä. Arjen sujumiseen tarvittiin myös taloudellisia resursseja sen verran, että ne riittivät perustarpeisiin, kuten ruokaan ja asumiseen. Hyvä vointi liittyi arkisiin asioihin, kuten äiti tässä kuvaa: *”Kai eläminen sit tulee kaikist pienist asioista, pieniä tavallisia arkisia asioita, siitähän kaikki hyvä oikeastaan lähtee”*

Tiedonantajaisille hyvä vointi merkitsi perustarpeiden tyydyttämiseen riittävää taloudellista toimeentuloa. Rahan puute hallitsi näiden isien arkipäivää ja vähensi hyvää vointia. Riittävä taloudellinen toimeentulo merkitsi nykyistä helpompaa arkipäivää, vähempää huolta ja parempaa henkistä hyvinvointia. Rahaa sinänsä ei haluttu arvostaa, mutta kun sitä ei ollut riittävästi päivittäiseen toimeentuloon, sen merkitys arkipäivässä kasvoi. Tästä esimerkkinä yhden isän suhtautuminen rahaan: *”Se että on ruokaa tarpeeks, rahaa tarpeeks, no siinähan ne periaattees on, et rahallahan saa kaiken sellasen mitä. Se on yks semmone rasite, sitte ku joutuu senttejä laskemaan ni. Pystys hoitaa paljon paremminkin, ku ois taloudellisesti mahdollisuutta, ei se kyllä oo*

*tärkeää se raha, mut kyll mä sen myönnän et kyll, jos enemmän rahaa on nin, kyllähän se, tuo sellast tiettyä hyvinvointia perheellekin. ”*

Yhdessä haastateltujen perheenjäsenten kokemuksessa hyvä vointi liittyi arkipäivän jäsentymiseen ja perheenjäsenten erilaisten rytmien joustavaan yhteensovittamiseen toistensa ja ympäristön kanssa, mikä mahdollisti perheen arjen turvallinen sujuminen omalla painollaan. Perheet pitivät tärkeinä yksilöllisiä, omaan arkeensa liittyviä rutiineja kuten yhteiset ruokailut, juhlapäivät tai saunominen, jotka toivat selkeyttä perheenjäsenten elämään ja vahvistivat perheen yhteenkuuluvuutta. Arkea rytmitettiin pitkälti lasten tarpeiden mukaan, ja vanhemmat joustivat eniten omista rytmeistään, kuten perheen vanhemmat seuraavassa tuovat esiin: ” Isä: *Se on vähän ninku tai meneekin arki lasten ehdoilla että, sen mukaan sitten toimitaan ja tehdään että.* ” Äiti: *”Et kyl se siis ainahan sillai tärkeä on, että semmone rytmi pysyy, et ruoka-ajat on suurin piirtein samaan aikaan ja, se on et kyll sit meinaa kaikki kiukustua jos ei oo ruokaa ajallaan.* ”

Arkipäivän rutiinit toivat perheeseen turvallisuutta, mutta myös pahaa oloa, jos niistä ei ollut mahdollista joustaa tai ne pyörivät yhden perheenjäsenen ympärillä. Isä kertoi nuoren perheen arjesta: *”Ois uusia touhuja, ettei ois samaa puurtamista kellon ympäri, sellasta se nyt on ollu tän pienen kanssa, ehtis muutakin tehdä kun syöttää.* ”

Yhdessä haastatelluille perheenjäsenille vähävaraisuus merkitsi selkeää uhkaa perheen hyvälle voinnille. He toivat esiin yhteisen huolensa perustoimeentulosta ja siihen liittyvän fyysinen ja henkinen väsyminen, mitkä veivät voimia selviytyä arjesta. Perheen aikuiset tasapainoilivat jaksamisen pakon ja periksi antamisen välillä. Huoli perheen toimeentulosta näytti heijastuvan kaikkiin perheenjäseniin, vaikka vanhemmat suojelivat lapsiaan pyrkimällä täyttämään ensisijaisesti lasten tarpeet. Perheiden mukaan rahattomuus aiheutti turvattomuutta, jatkuvaa stressiä arkipäivään ja pärjäämättömyyden tunnetta, joka söi vanhempien ja koko perheen omanarvontuntoa ja lisäsi eristäytymistä. Apua ulkopuolelta ei mielellään haettu, kuten yksi äideistä totesi: *”Minä en jaksa toimeentulotukea hakea, se on niin vaikeeta ja se on tehty niin vastenmieliseksi se hakeminen että”*

Jatkuva rahan puute ja pelko rahattomuudesta lisäsi perheenjäsenten mielessä rahan arvostusta perheen vaikeuksien voittajana: sen uskottiin ratkaisevan ongelmia sekä tuovan onnellisuutta ja turvallisuutta perheille. Perheen isä pohti rahan merkitystä näin: *”Taloudellinen tilanne, se on ainoa mikä on, ei sitä tarvis sitä rahaa olla hirveästi mutt ois sen verran et pystyis käyttämään, ettei aina tarvis miettiä mihin laittaa, sellai ninku että jos olis aina sen verran et sukanvarteen mahollista, jos tulee jotain äkillistä, pystyis ite hoitamaan, sellain turva se ois ihan tietyllä tavalla turvaa. Ja sanotaan ehkä lisäksi sitä terveyttäki, ettei tarvis miettiä ja pähkäillä.*

Vanhempien yhteisesti esiin tuoma jaksamisen pakko liittyi taloudelliseen vaihtoehtomuuteen. Vaihtoehtoja ei nähty vaan oli pakko selviytyä päivästä toiseen. Raskaasta arjesta ei voinut ottaa lomaa kuten perheen äiti totesi: *”Mulla ei ole ikinä lomaa, oikeastaan, sanotaan näin ni, jotenkin mä en enää osaakaan kysyä kauheesti apua että, et mä ninku vaan, ei mulla mitään lomaa oo, ei, ei tosiaankaan.”* Toisaalta perheet toivat esille myös, että rahattomuuden kanssa oppi elämään.

Palkkatyön puuttuminen sai perheissä erilaisia merkityksiä. Jotkut perheenjäsenet kertoivat arvottomuuden ja hyödyttömyyden tunteista, itsearvostuksen laskusta ja siitä, miten työttömyys pyöri koko ajan mielen taustalla ja aiheutti voimattomuutta. Tästä kertoo seuraavassa perheen äiti: *”Työttömyys, se vie voimia, vaikken mä nyt sitä päivittäin sure mut kyl se tuo semmost stressiä että mun täytyy kohta nyt kyllä, kasvaa isoks tästä nyt, ni kyl se tot, ei osaa ninku rauhoittua, että mun tarvikaan mitään, koska ei must voi ajatella niin, ne työttömyyspäivät kuluu koko ajan.”*

Jotkut perheenjäsenet taas toivat esiin, että heille työ merkitsi ennen kaikkea toimeentuloa, eikä sitä tehty vain työn ilosta. Jos työ toi perheeseen vain lisää stressiä, eikä taannut kohtuullista toimeentuloa, sitä ei ollut mielekästä tehdä, kuten äiti tässä kuvaa: *”mä ninku työtön oon, ni en mä oo kokenu missään vaiheessa ettei mulla ois ollu ninku tekemistä, mullahan työ ei kulje terapia nimellä, silleen että ku mä teen töitä, niin mä toivon myös että mä saan maksettua laskuja, mutta koska mä olen yksinhuoltaja ja mun perheen tulot on rajalliset ja kuitenkin mun ammatitaito. Ku aattelee et mä oon milloin keittiössä, kahviossa tai jossain, niin mun tulot on niin pienet, että käytännöllisesti katsoen, vuokrat, päivähoitomaksut ja näin. Että jos mulle jää se 100 - 150 euroa kuukaudessa, niin silläkö mä nyt sit. Onko se mun työmotivaatio sitten ja kuitenkin mun työt ei vähene, kun mä tulen kotiin, niin mä alotan sen hirveen shown ja rumban siellä koko aika, koska mä teen yksin kaikki aina.”*

Äideille arjen sujumisessa osana hyvää vointia oli tärkeää rutiinien sujuminen ja sen mahdollistava perustarpeiden tyydyttämiseen tarvittava perustoimeentulo. Isät pitivät perheen riittäviä taloudellisia resursseja ja hyvää ruokaa tärkeinä hyvän voinnin edellytyksinä. Kun tietoa kerättiin usealta perheenjäseneltä yhdessä, tuli esiin arjen yhteisen rytmittämisen, perheen talouden ja työn erilaiset merkitykset perheissä.

### 5.1.3 Mielekäs tekeminen

Hyvää vointia perheeseen toi perheenjäsenten yhteinen ja erillinen mielekkääksi koettu tekeminen. Äidit arvostivat sitä, että perheessä tehtiin asioita yhdessä. He olivat taitavia löytämään asioita, joita

saattoi tehdä vähällä rahalla. Äidit tarvitsivat myös itselleen mielekästä tekemistä tuomaan vaihtelua arkeen, jonka samanlaisuus voi olla uuvuttavaa. Kun äidin ja lasten elämä supistui vain kodin seinien sisään, eikä heillä ollut mahdollisuutta muuhun, se koettiin ankeaksi, kuten eräs äiti tässä kuvaa: ” *No tota, et pystyy mennä ja tekee jotakin niiden kanssa niin se lisää onnellisuutta ja taas vähentää se jos joutuu kotona vaan kykkii.* ”

Mielekkyyden puutteeseen liittyi myös osattomuuden ja epäoikeudenmukaisuuden tunne. Pelättiin, ettei omaa vuoroa nauttia elämästä tulekaan, tai että lapset jäävät osattomaksi sellaisista asioista, jotka useimmille muille lapsille ovat tänä päivänä mahdollisia. Seuraavassa äidin kuvaus tästä: ” *Et ei ninku oikee voi mitään kauheesti tehdä. Eikä oo autoa eikä muuta, niin kyll sekin on aika stressaavaa ninku nykypäivän maailmassa. Et ehkä kun kaikilla muilla ku ei ois, ni se ois erilaista. Mutt ku tietää että olis ninku, vois tehdä kaikennäköstä, joskus kivaa ainakin, Jos olis vähän enemmän rahaa, et pääsis vaikka kesällä jonnekin, reissaa ja muuta.* ”

Isien hyvään vointiin kuului mielekäs, hyödyllinen, osaamista vaativa tekeminen erityisesti yhdessä lasten kanssa. Kirjojen lukeminen, television katselu ja luonnossa liikkuminen koettiin tärkeäksi ajankuluksi tai rentoutumiskeinoksi, mutta niiden lisäksi isät kaipasivat sellaista mielekästä tekemistä, jossa he voivat osoittaa omaa osaamistaan.

Yhdessä haastatellut perheenjäsenet toivat esiin heidän omasta näkökulmastaan mielekkään toiminnan jaksamisen ja selviytymisen keinoina. Jokaisella perheellä oli omia yksilöllisiä yhdessä ja erikseen tekemisen tapoja, joiden merkitys liittyi yhteiseen hyvän voinnin ja mielekkyyden kokemiseen ja jaksamiseen.

Perheissä elettiin vahvasti nykyisyydessä. Tässä päivässä eläminen oli tärkeää, kuten perheen äiti kiteytti: ” *Et jos koko aika pitää hailailla jotain, ku sä et kuitenkaan tulevaisuudelle tällä hetkellä voi mitään, menneisyyttä ninku sä et voi muuttaa, ni su pitää elää tässä hetkessä. Ja ku sen tajuaa oikeestaan nin se onkin helpompaa.* ” Tässä päivässä eläminen lisää mielekkyyttä ja lievittää ahdistusta, kun taustalla on epätietoisuus ja huoli toimeentulosta. Tulevaisuuden haaveista ei mielellään puhuttu, vaikka niitä saattoi olla kuten seuraavasta vanhempien keskustelusta käy ilmi: Äiti: ” *Niin tää menee täl omal painollaan.* ” Isä: ” *Joo, eikä oo mitään erityisiä unelmia eikä.* ” Äiti: ” *Ei mull ainekaan oo sillai, emmä ainekaan sillai, en mä tiä, mä voin olla vähän pimee ihminen mutta. Mut ohan niis sitte sellai että, tuolla noin ku on kato ne ihanat saaret tuolla noin. Siel on se, kyl se ois ihana lähtee, siis ne on vaan sellasii harhakuvitelmia.* ”

Joissakin perheissä tulevaisuuteen viitattiin niin, että siellä tehdään kaikki se, mistä nyt jäädään paitsi. Vanhemmat elivät ankeaa arkea lastensa vuoksi ja odottivat vuoroaan. Uhrautuminen lasten paremman tulevaisuuden eteen toi tarkoituksen elämään ja selitti valintoja, nähtiin ne sitten vapaaehtoisina tai pakollisina. Vähävaraisuus oli joillekin perheille myös tietoinen arvovalinta ja se nähtiin vain väliaikaisena tilana, kuten seuraavasta keskustelusta ilmeni: Äiti: *”Se on kuitenkin niin lyhyt aika ku ne on pieniä, muutamia vuosia ja periaattees kerkeen vielä vaikka tehdä mitä sitten kun. Sen mukaanhan täytyy meiän sitte laskee että pärjää että. Mä nyt sitten kuitenkin arvostan sitä että saa olla lasten kans kotona.”* Isä: *”Ei sitä kaikkea voi rahassa mitata, että kyllä se täytyy ninku olla silleen että. Jos sä pääsisit töihin ja rupeisit joksikin uraiahmiseksi ni sillai..se lasten kannalt on aika huono vaihtoehto. Henkisen kehityksen kannalta ni... varmaan kaikist paras vaihtoehto et pystyy huomioimaan lasta ja olla sen lähellä ja antaa sille aikaa. Oikeesti eikä vaan millään materiaaalilla paikata sitä hommaa, et se on ninku sillai me tykätään.”*

#### **5.1.4 Tarkoituksenmukainen sosiaalinen verkosto**

Läheisten ihmisten muodostama tukiverkosto tuli esiin jossain muodossa kaikissa aineistoissa. Verkoston tiiviys ja laajuus vaihteli perheittäin, mutta hyvän voinnin säilyttäminen edellytti jonkinlaisen verkoston olemassa oloa, kuten seuraavista äitien kuvauksista käy ilmi: *”Sanotaan näin että ilman lapsen kummitätii mä en olis ninko jaksanu tähän astikka varmaan. Mä olisi ollu kyl ihan lopussa jo että. Siin oli sit yks toinen kaveri, ni sellast kaks apua että. Ja sitte pysty aina soittaa et nyt mä alan olla ihan puhki et voiko tulla joku?”* ja *”Joo, kun tietää sen että, ite nyt en oo uskonnollinen mutta et ne on uskonnollisia, ku mä tiedän sen että ne ninkun koko ajan ja jatkuvasti ninkun rukoilee voimia mun ja lapsen jaksamiseen nin se tuntuu ninkun tosi hyvältä”*.

Sosiaaliseseen verkostoon kuulumisen vahvisti myös isien hyvää vointia, mutta isät punnitsivat itse tarkasti verkostoon kuulumisen hyödyt ja haitat ja valitsivat sosiaalisen verkostonsa sen mukaan. He varoivat liiallista riippuvuutta muista, mutta pitivät tärkeänä tavata sellaisia sukulaisia, tuttavvia, ystäviä tai naapureita, joilta kokivat saavansa hyväksyntää ja tukea. Myös äidit toivat esille että sosiaalinen verkosto saattoi myös ahdistaa ja viedä voimia.

Sukulaisia yhdistävät rituaalit toivat hyvää oloa ja turvallisuutta lapsille ja sitä kautta myös isille. Isille oli tärkeää, että kun he saivat tukea muilta, he voivat myös vastavuoroisesti tukea ja auttaa heitä. Huono taloudellinen tilanne saattoi rajoittaa yhteydenpitoa kavereihin, mutta samantyyppiset ongelmat vahvistivat yhteenkuuluvuuden tunnetta. Myös yhteiskunnallisen epäoikeudenmukaisuuden kokemus yhdisti. Seuraavassa erään isän kuvaus: *” Ku mä oon tuolta X*

*kyliltä ninko kotosi ni, tossa X raitilla tullu aina sellane, tarinakierros siinä. Se on sellasta yhteistoimintaa kuitenkin, että autetaan toinen toista, että ei ne sieltä norsunluutorneista vähä ninku vois tulla tavallisen kansan pariin, mutta eihän ne siellä oikein tiedä asioita. Ku ei ne oo ite, niillä on hyvät palkat ja niillä on kaikki palvelut ja tämmöset ni. Niin että mitä kituuttamista se on, jos peruspäivärahallakin on. Niin päivästä toiseen kituuttelet ja mietit että jaha, että nin mitä sitä tänään söis?”*

Perheissä sosiaalisen verkoston merkitys vaihteli. Osalle perheistä sosiaalinen verkosto toi tukea perheen arkipäivään kuten äiti tässä kuvaa: *”Ennenkaikkea lasten kannalta se on ihanaa kun on tämmönen verkosto, meillä käy ihmisiä ja me voidaan käydä jossain, on tuttavია, no se et on ystäviä. Sekä lapsilla on omia, että sit on perheen yhteisiä.”* Toisissa perheissä eristäytyminen oli tarkoituksenmukainen valinta. Sen merkitys oli suojella perhettä leimatuksi tulemiselta, riittämättömyyden ja voimattomuuden kokemukselta ulkoapäin tuleviin haasteisiin nähden tai toisten ihmisten arvostelulta esim. työttömyyden tai yksinhuoltajuuden vuoksi. Äiti kuvasi perheen tilannetta näin: *”Naapureista, emmä halua naapureista tukea, siis oikeesti, että huomaa mitä enemmän joitakin ihmisiä tuntee ni ei se ole hyvä. Mul on aikasemmin ollu tämmöne tilanne, mul on ollu tosi ihania naapureita. Mutta ne on nyt muuttanu siitä, et mä en oo ollu ninko halukas enää tutustumaan hirveesti, että tervehtimistasolla saa mun mielestä olla ja muutama sana vaihtaa mut.”*

Joissakin perheissä taas kärsittiin eristäytyneisyydestä kuten perheen vanhemmat tässä pohtivat: Isä: *”Oikeastaan hyvin vähän ollaan naapureiden kanssa. Kyl se aika on muuttunu, se oli varmaan.”* Äiti: *”Silloin oli ihmisillä vielä lehmiä. Isä: ”Kuuskyt luvull, ehkä alko loppumaan se, no seikymen luku saatto olla viel jollain tavoil, mutta tuota, kyl se tavallaan on ninko tään sukupolvien vaihtumisen myötä niin se on menny, vanhemmat ihmiset kävivät ja kulkivat ja tapasivat toisiaan ja ihan ninku ilman asiaa ja. Tuolla tavoin että, melkein on kysyttävä, jos johonkin aikoo mennä kylään.”*

### **5.1.5. Perheen sisäinen toimivuus**

Äidit pitivät perheen sisäistä toimivuutta tärkeänä hyvän voinnin osatekijänä ja tavoitteena johon pyrittiin. Sisäiseen toimivuuteen kuuluivat perheenjäsenten välisen vuorovaikutuksen kehittäminen, parisuhteen toimivuus ja perheen jäsenten vastuullisuus toisilleen. Perheen vuorovaikutuksen kehittäminen toi äitien mielestä lisää hyvää vointia hänelle ja perheelle ja siihen kaivattiin myös ulkopuolista tukea, varsinkin jos äidit tunnistivat siinä ongelmia, joiden ratkaisuun heillä ei ollut keinoja. Isille perheenjäsenten yhteydenpito ja ihmisuhteiden toimivuus oli myös tärkeää. Se

mahdollisesti isille yhteydenpidon lapsiinsa, vaikka he eivät asuneetkaan samassa osoitteessa heidän kanssaan.

Perheen jäsenet puhuivat ”yhteen hiileen puhaltamisesta” perheissä ja ”samaa suuntaan kävelemisestä”. Niihin liittyi me-henki, perheenjäsenten yhteinen kokemus kuulumisesta johonkin, toistensa arvostaminen ja kannustaminen sekä toistensa hyvästä voinnista huolta pitäminen. Tunteiden ilmaisua saatettiin pitää perheen hyvää vointia tukevana tai sitä murtavana tekijänä, riippuen siitä, millaiseen vuorovaikutukseen perheessä oli totuttu. Esimerkiksi eräs äiti piti perheen ulkopuolelta saamaansa positiivista palautetta ”tyhjänpäiväisenä kehumisena” ja hänen aliarvioimisenaan. Sopuisuutta perheen sisällä pidettiin kaikissa perheissä tärkeänä.

Perheen jäsenet luottivat toistensa apuun arkipäivän ongelmissa ja kannattelivat toisiaan. Myös lapset saattoivat kannatella vanhempiaan, kun nämä väsyivät. Viisitoistavuotias tytär kantoi huolta äitinsä jaksamisesta: *”On tärkeää että on työnjako, ettei äiti tee kaikkea yksin, on tärkeää että meillä rahaa on sopivasti, ettei koko ajan ole pulaa.”*

Perheenjäsenet kuvasivat erilaisia kriisejä, joita olivat perheenä kohdanneet ja niistä selviytymistä. Kriiseistä selviytymisen kokemus vahvisti me-henkeä ja antoi uskoa selviytymiseen tulevistakin kriiseistä. Äiti kuvaa tätä seuraavasti: *”Tiedetään se että jatkuvasti tulee asioita mistä masentuu, tai tulee ninko pakkii aina, nyt tuli tää ja sitten tulee toinen ja saattaa tulla kolmaskin. Saattaa tulla vaikka kymmene peräjälkeen, mutta kun sen tajuaa, että sieltä noustaan aina. Ikäänku et se aurinko paistaa sinne risukasaan. Mä oon tiennyt sen jo niin monta vuotta ni, mä en oo enää ni, mä olin aikasemmin aika masentuvainen ja semmonen ahdistuva. Nyt mä tunnen itseni jo niin hyvin ja mä tiedän sen että kyllä tää elämä kantaa! Kyllä se kantaa ja asiat järjestyy, eikä saa jäädä siihen tuleen makaamaan. Jäädään siihen rypemään, mullakin olis hirveesti aiheita jäädä rypemään ihan oikeesti Ja varmaan jos mä yksin olisin, todennäköisesti mä en näkis mitään syytä minkä takia mä en jäis rypemään, mutta ku mul on lapset ni ne on maailman paras syy, juu.”*

#### **5.1.6 Voimaannuttava äitiys ja isyys**

Lapsen ja perheen olemassaolo antoi äidille voimaa ja toi hänen elämäänsä merkityksellisyyttä. Koska lapset ja perhe olivat äidille tärkeitä, oli sitä myös heidän hyvä vointinsa, jonka äiti asetti helposti oman hyvän vointinsa edelle. Äidit myös arvostivat mahdollisuutta viettää aikaa lasten kanssa näiden ollessa pieniä, vaikka saattoivatkin kokea sen raskaaksi. Lapsen vuoksi oltiin valmiita tekemään paljon itseään säästämättä. Usein pienten lasten äitien ajattelua tuntui hallitsevan

jonkinlainen kaikkivoipaisuuden harha ja äiti uskoi ”menevänsä vaikka tiiliseinän läpi” lapsensa puolesta kuten eräs äiti tässä kuvaa: *”Hyvä olo liittyy mun kohalla lapseen, se on niin ihana kun se herää aamulla sängystä ja hymyilee, se on kaikki siinä ja sit on niin aurinkoinen. Kyllä sen sit kun tulee lapsia, niin se antaa ninku ihan toisenlaist energiaa, et kyllä sitä jaksaa vaikka tiiliseinän läpi että ei mitään.”*

Myös isät pitivät tärkeänä mahdollisuutta olla arjessa isä lapsilleen. He halusivat seurata lastensa kasvua ja kehitystä ja olla jollakin tavalla läsnä lastensa arkipäivässä, vaikka he asuivatkin erillään. He haluavat auttaa lapsiaan arkipäivän asioissa, viettää aikaa heidän kanssaan ja tuottaa heille mielihyvää sekä kokea olevansa lapsilleen tärkeä ja tarpeellinen kuten eräs isä kuvasi: *”Päivittäin me melkein soitellaan. Ne asuu äitinsä luona x:ssä asti. Ollu ainakin meidän lapsille, ni minä oon kyllä tärkeä. Totta kai enemmän ne antaa mitä ne vie. Joo se on, ne on ihan mulle kaikki kaikessa. Joka ilta soi puhelin kyllä (naurahtaa).”*

Isät halusivat kantaa vastuuta lapsistaan ja surivat epäonnistumisiansa siinä. Eräs isä kertoi: *”Ainakin mulla tulee semmonen moraalinen pahaolo, lupaan lapsille että tulen käymään. Ne odottaa ja sitte mulla tulee jotain juttuja et mä en pääse, silloin tulee semmone. Ku ne odottaa ja odottaa, ja ei se tuu ja. On useamman kerran sattunu silleen et mä en oo päässy.”* Hyvät suhteet lapsen äitiin mahdollistivat isänä olon. Jotkut isät kokivat, etteivät he olleet tasa-arvoisessa asemassa lapsiinsa nähden silloin, kun lapset asuivat äitinsä kanssa. He joutuivat usein toimimaan äidin ehdoilla tai heitä kiristettiin tapaamisoikeuden menettämällä.

### **5.1.7. Oman ja perheensä hyvän voinnin mahdollistaminen**

Äideille oli tärkeää, että he uskoivat itseensä oman ja perheensä hyvän voinnin mahdollistajina. Tähän liittyivät äidin usko tulevaisuuteen, tulevaisuuden suunnitelmat ja haaveet, uskallus elää omien arvojensa mukaan ja hyvän voinnin itsesäätely. Eräs äiti kuvaa hyvää vointiaan näin: *”hyvää vointia on se että, et kaikkihan lähtee ittestä et sä pystyt itte tekeen itelles hyvän olon ja et silleen et sä oikeastaan pystyt vain ainoastaan itse kontrolloimaan omaa hyvinvointia, esimerkiksi just silleen että ettei hirveesti jää junnaa paikoilleen. Kehittää itteensä harrastuksilla ja lähtee kävelyille ja.”*

Optimistinen ajattelu liittyi periksi antamattomuuteen ja uskoon siitä, että selviää. Huonoa vointia lisäsivät kokemukset siitä, ettei ollut mahdollisuuksia vaikuttaa omaan tai perheensä hyvään vointiin, vaan että omaa elämää ohjattiin ”ulkopuolelta”. Tämä koettiin ahdistavana ja passivoivana. Jos äiti uskalsi olla enemmän oma itsensä ja elää omien arvojensa mukaan eikä yrittänyt liikaa



toteuttaa ulkopuolelta tulevia vaateita hän voi paremmin. Liiallinen kiltteys altisti ulkopuoliselle painostukselle.

Äidin tuntema syyllisyys omasta riittämättömyydestään aiheutti huonoa vointia. Äidit kokivat syyllisyyttä monista asioista, kuten omasta jaksamattomuudestaan, sairastumisestaan, siitä että elivät yhteiskunnanvaroin, ja etteivät pystyneet täyttämään täydellisen äidin roolia tai ihannekuvaa perheestä. Eräs äiti kuvaa tätä näin: *”Mä koin jotenkin et mun pitäis olla se onnellinen äiti, joka näyttää sitä hyvää äitiyttään siinä vaan ja tota noin se oli must häpeällistä et mä en ollukkaan todella se täydellinen kukoistava ehtoinen emäntä.”*

Oman ja perheen hyvän voinnin mahdollistamiseen liittyi äitien kokema väsymys ja sen tunnistaminen. Väsymys tuli esiin kaikkien tiedonantajäitien puheissa. Se tarkoitti useimmiten henkistä uupumista, joka johti myös fyysiseen väsymykseen ja jaksamattomuuteen. Äidit taistelivat pitkään väsymystä vastaan, ennen kuin myönsivät sen itselleenkin. Myöntäminen merkitsi luovuttamista, mutta myös sitä että apua lähdettiin hakemaan. Eräs äiti kertoi valvoneensa yöt vauvan kanssa yksin puoli vuotta ennen kuin haki apua: *”Siel mä sitte lääkärille vaan sanoin suoraan ett nyt mä alan oleen ihan loppu ja välill tulee mietteitä et vois ninkö heittää muksut seinää ja lähtee menemää että, sitte mä sain lääkitystä siihen ja apua että.”* Toinen äiti tunsii olevansa loppuun väsynyt: *”Kyll mä täss oon aatellukkiin että kai täss kohta pää pimahtaa kuule ton lapsen kans, hermo on niin tiukalla, että pitää yrittää hillitä just tota suutaankin.”*

Isät voivat hyvin, kun heillä oli oikeus olla oma itsensä. Siihen kuului mahdollisuus tehdä valintoja arkipäivässä ja vaikuttaa omaan ja läheistensä elämään. Oli tärkeää löytää itse ratkaisut pieniin arkipäivän ongelmiin sekä ymmärtää ja tehdä asiat omalla tavallaan. Isät halusivat ohjata itse omaa elämäänsä ja pyrkivät säilyttämään elämänhallintansa kukin omalla tavallaan. Avuttomuuden tunne toi pahaa oloa ja pettymystä itse, vei pohjaa omana itsenään olemiselta sekä vähensi itseluottamusta ja uskoa omaan selviytymiseen. Eräs isä kertoi selviytymisestään autettavana olemisesta seuraavasti *” Ninku viikatetta hiotaan vaan toiselt puolelt, että jos toiset auttaa minua, minä autan niitä. Ni kato sanotaan aina ninku KELA:nkin mä meen välillä karkkipussi, tosson teille kaikki karkit. Sossuun mä taas jotain vien, jotain aina pientä. Avustuksia, en oo pyytäny. Mä en yleensä kauhesti kerjää. Pakko sitten, kiristetään vyötä sanotaan näin jos.”*

Isien arjen hyvään vointiin liittyi myös vahvasti ruoka. Kaikki isät puhuivat hyvästä ruuasta ja sen tuomasta nautinnosta. Ruoka merkitsi enemmän kuin vain ravintoa, sillä oli tärkeä rooli hyvän ja pahan olon kokemuksessa, kuten isä tässä kertoo *”Kyllä se on aika lailla tärkeä asia. Hyvä ruoka, mä oon siihe sapsukaan. Että mä joskus käyn ihan syömässä jossain muuallaki. En mä tiää, mä*

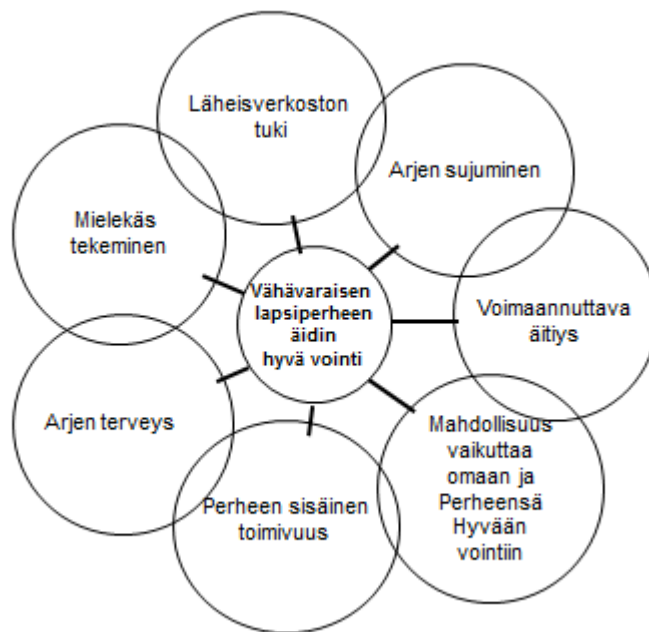
*tykkään, siis syyä.*” Tärkeää oli, että saa valita itse mitä syö ja että ruoka on oman maun mukaista. Käytössä olevan rahan niukkuus hankaloitti hyvän ja terveellisenä pidetyn ruuan nauttimisen mahdollisuutta.

Perheaineistossa hyvään vointi yhdistyi fyysiseen ympäristöön, mikä merkitsi perheille ja perheenjäsenille tukea tai uhkaa, vapautta tai rajoitusta. Yhden perheen äiti kuvasi asuinympäristöään seuraavasti: *”Mulle on ainaki semmonen just että on pieni paikkakunta. Mä oon siis asunu isossa kaupungissa. Ja must tääl on ihanaa se, mä oon kans täältä lähtösin, sitten olin välil pitkään poissa, niin mulle se tuo sellast turvallisuuden tunnetta, että ku mä kuljen tuol kyläl niin mut tunnetaan. Vaikka sitten toisaalta taas kun ihmiset puhuu kaikkee ni se taas ei oo kiva.”*

Luonnosta perheenjäsenet saivat mielihyvää mutta se näyttäytyi myös haasteena (kylmyys, pimeys). Ympäristö helpotti toimeentuloa (marjat, kalat, omenat) tai vaikeutti sitä (pitkät matkat, palvelut kaukana). Koti merkitsi perheille turvapaikkaa, missä yksityisyys korostui, kotiin ei välttämättä haluttu päästää ulkopuolisia.

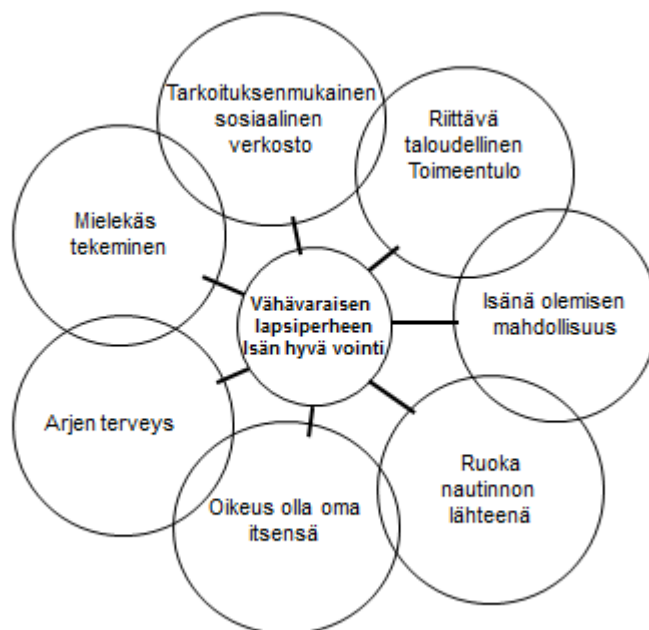
#### **5.1.8 Kuvaus isien, äitien ja perheiden hyvän voinnin merkityksistä**

Kuviossa 2 kuvaan äitien hyvään vointiin liittyvää merkitysverkostoa. Hyvä vointi on moniulotteinen ilmiö. Se liittyy vahvasti perheen arkeen ja elämän tilanteeseen. Äideille perheen hyvä vointi merkitsi arjen sujumista, mielekästä tekemistä, arjen terveyttä, läheisverkoston tukea, perheen sisäistä toimivuutta, äitiydestä saatua voimaa ja mahdollisuutta vaikuttaa omaan ja perheensä hyvään vointiin.



Kuvio 2: Vähävaraisen lapsiperheen äidin hyvä vointi

Kuviossa 3 kuvaan tutkimukseen osallistuneiden isien hyvää vointia. Isälle hyvä vointi merkitsee riittävää, perustarpeiden täyttymisen mahdollistavaa taloudellista toimeentuloa, arjen terveyttä, oikeutta nauttia elämästä omalla tavallaan ja omana itsenään, mahdollisuutta olla isä lapsilleen, mielekästä tekemistä sekä hänen näkökulmastaan tarkoituksenmukaista sosiaalista verkostoa.



Kuvio 3: Vähävaraisen lapsiperheen isän hyvä vointi

Perheen jäsenten yhteisiä hyvää vointiin liittyviä merkityksiä kuvaan kuviossa 4. Hyvä vointi näyttäytyi arkipäivän terveytenä, arjen yhteisenä rytmittämisenä, ”yhteen hiileen puhaltamisena”, ”päivä kerrallaan” elämisenä, riittävänä taloudellisena toimeentulona, mielekkäänä yksilöllisenä ja yhteisenä selviytymistä tukevana toimintana ja tarkoituksenmukaisena sosiaalisena verkostona.



**Kuvio 4: Vähävaraisen lapsiperheen hyvä vointi perheenjäsenten yhteisinä merkityksinä**

Erilaisten aineistojen tuottama tieto paljastaa eri näkökulmien tunnistamisen ja huomioonottamisen tarpeen perheen tukemisessa. Vaikka arkipäivän terveys oli hyvän voinnin näkökulmasta merkityksellinen tekijä perheiden hyvässä voinnissa, se painottui eri aineistoissa eri tavoin. Isät korostivat enemmän fyysisen terveyden merkitystä ja äidit arkipäivän sujumista ja psyykkistä hyvin vointia. Perheaineistossa taas korostui kaikkien perheenjäsenten hyvä olo. Riittävä taloudellinen toimeentulo liittyi perheen hyvään vointiin ja tuli esille kaikissa aineistoissa. Äitien kohdalla se yhdistyi perheen päivittäisen arjen sujumiseen kun taas isien kohdalla oikeuteen elää omanlaistaan elämää. Sosiaalisen verkoston tarkoituksenmukaisuus, päivä kerrallaan eläminen, mielekäs tekeminen ja lasten olemassaolon merkitys vanhempiensa voimaannuttajina tulivat esiin kaikissa aineistoissa.

Perheenjäsenten erillisten ja yhteisten hyvään vointiin liittyvien kokemusten merkityksen ymmärtämistä voidaan pitää yhtenä lähtökohtana kartoitettaessa vaikeissa elämäntilanteissa elävien perheiden voimavaroja ja omia selviytymiskeinoja. Kuvioissa yksi, kaksi ja kolme kuvaamani

merkitysverkostot sisältävät samoja elementtejä, mutta poikkeavat kuitenkin toisistaan, kuten tulokset osoittavat. Tämä tarkoittaa että perheen hyvää vointia tuettaessa on tärkeää ymmärtää perheenjäsenten erilaisten, mutta myös myös yhteisesti muodostuneiden kokemusten tuomia merkityksiä arjen tilanteissa.

## 5. 2 Perheiden hyvän voinnin tuki

### 5.2.1 Hyvän voinnin ylläpitäminen perheissä

Äitien hyvään vointiin liittyivät yksilölliset hyvän voinnin ylläpitokeinot, joiden avulla he ankeimmissakin olosuhteissa pyrkivät pitämään kiinni omasta ja perheensä hyvästä voinnista ja selviytymään näin arjesta. Selviytymiskeinoina esille tulivat huumori, luonto, eläimet, tupakointi, alkoholin nauttiminen ja suklaan syöminen. Tästä äidin kuvaus: *”Joo, ja sit semmonen makee suklaa, niin se on semmone ninku, kauhee intohimo et tota ja on, on se ninko se ruokakin ollu yks semmone, ehkä semmone korvike tavallaan siihen kaikkeen muuhun, jos on ollu elämässä vähän ninku semmosta.”*

Äidin mahdollisuus omaan aikaan oli tärkeä pienten lasten äitien hyvän voinnin ja jaksamisen ylläpitäjä. Se korostui erityisesti silloin, jos äiti ainoana aikuisena vastasi perheensä arjen pyörittämisestä, kuten tämä äiti: *”Varmaan joskus tekis mieli olla sillee et sais olla ihan rauhassa ettei tarvis kenestäkään välittää.”*

Äideillä oli taito kääntää vaikeudet voitoksi. Se liittyi omiin aikaisempiin, rankkoihinkin kokemuksiin. Vaikeuksien kanssa ei vain opittu elämään, vaan niistä löydettiin myös positiivinen puoli. Äidit arvostivat omia kovia kokemuksiaan, vaikka ne edelleen saattoivat varjostaa heidän elämäänsä. Aikaisemmat huonot kokemukset auttoivat suhteuttamaan nykyistä ja tulevaa elämää. Kun on selvitty suuremmistakin vaikeuksista, uskotaan että selvitään jatkossakin. Äidit osasivat nauttia pienestäkin hyvästä elämässään, kuten äiti seuraavassa kuvaa: *”ja meil on, tosin eritukimuotoina, mutta on kuitenkin varaa maksaa vuokra ja on rahaa ostaa ruokaa ja vaippoja että se omavaraisuus on ninkun. Et se on aika tärkeä asia mulle ja tota, just eilen kirjoitin päiväkirjaan ninku siitä että mistä kaikesta mä ninkun oon kiitollinen ja minkä takia ninkun tää tuntuu hyvältä nyt, nin on nimenomaan se että, et tota kun, tuli toimeentulotuki rahat nin me käytiin kaupassa ja mä tiedän sen et meill on nyt ninkun, et maitoa ja tämmösiä nin pitää vähän tietenkä käydä täydentää, mutt meill on muuten, nin on lapselle vaipat ja ruuat ja tämmöset, ja on laskut*

*maksettu. Se että on ollu aikoja ku mä olen syöny pelkkiä Arnoldsin biojätelaatikosta haettuja donisteja ja vettä. ”*

Isille tärkeää oli taito nauraa itselle, joko muiden kanssa tai yksin, mikä tuki heidän hyvää vointiaan. Heillä oli kyky käsitellä vaikeita asioita huumorilla ja löytää elämästä huvittavia puolia vaikeuksista huolimatta, kuten tämä naimisissa oleva yhden lapsen isä kuvaa: *”Mä tos leikkisästi välillä, leikkii sanonu, et mä olen ninko ollu nyt yksihuoltajana täs ninko. Ja nyt on itse asiassa tullu ajattelu sillätapaa, et mähän oon kahden lapsen, kahden lapsen isä, koska tota tää mun poika ja tää mun vaimo, joka ei myöskään hoida yhtään näitä asioita täällä, et ne on kaikki ninko mulle.”*

Tähän päivään keskittyminen merkitsi isille keinoa yllä pitää hyvää vointiaan arjessa. He tekivät usein valintoja, joiden uskoivat tuovan hyvää vointia hetkeen. Isät eivät jaksaneet murehtia menneitä ja suhtautuivat tulevaisuuteen realistisesti, mikä näkyy tämän isän kuvauksessa: *” Mää yritän elää sillä tavalla syklittäin. Yleensä jos sä kärsit alkoholismista ni se repsahdus tulee, ennemmin tai myöhemmin. Se voi olla tosi raju tai sitte se on pikkasen lievempi. Saat kasattua ittes nopeesti takas, mutta se voi olla tosi pitkä alamäkikin. Nii-in se on koko ajan läsnä, mutta ninku minä yritän kontrolloida sitä sillälailla syklittäin että mä en nyt ota edes saunakaljaa tällä viikolla että mulla pysyy paketti kasassa. Jos mä otan sen sikspäkin, minä lähen baariin. Et ku mä en suunnittele, mä en yhtään tiedä mitä mä ensviikolla teen, et mä en, mä oon vähä semmone, mä elän tätä hetkeä.”*

Isät pyrkivät hyvään vointiin myös kasvojen säilyttämisellä, muuttaen asioiden merkityksiä, kieltämällä niiden arvo omassa arkipäivässä tai rajaamalla ongelman muusta elämästään. Näennäinen vastuuttomuus saattoi merkitä sitä, ettei isä halunnut pettyä itseensä. Itsekunnioituksen säilyttämiseksi oli tärkeää löytää itselleen selitys siihen, että meni huonosti, oli masentunut, käytti liikaa alkoholia, kärsi unettomuudesta, ei ollut pitänyt yhteyttä lapsiinsa tai oli jäänyt yksin, kuten tämä isä kuvaa: *”Itse asiassa mä en oo yksinäinen vaikka mä oon yksin, että mulla on semmonen ystäväverkosto. Aika laajaki, emmä koe nimenomaan. Toisaalta mä oikeastaan haluan olla, omissa oloissa eikä tarvi kuunnella kenenkään juttuja, eikä elää kenenkään mukaan, vaan ite saa touhuta just silloin ku. Jos ei halua tehdä mitään, niin ei tee. Sekin on niin että minusta, tai minun mielestä ihmisen pitäis oppia olleen tekemään mitään.”*

Myös perheaineistosta nousi esiin perheiden yhteisiä ja perheenjäsenten erillisiä yksilöllisiä hyvän voinnin ylläpitämisen keinoja. Tämän perheen äiti kuvasi uintia hänelle tärkeänä selviytymiskeinona näin: *”Uiminen on minulle elintärkeää. Mä uin uimahallis, en mä voi uida järves, ku siel on elukoita ja kaikkee, mun pitäis olla varuillaan. Mä oon kauheen*

*turvallisuushakune, ku mä yksin elän, niin en mä voi ajatellakaan et mä järvessä uisin, mä en nää pohjaa.”*

Useiden perheiden jäsenet kertoivat eläinten auttavan selviytymään. Perheeseen oli hankittu koira tyttären isän kuoleman jälkeen ja sitä hankintaa äiti perusteli näin ”Niin äidille se ei ole tärkeä koska se tietää vaan lisää hommaa ja kuluja, mutta lapsille se on niin tärkeä. Et silloin ku tyttäreni isä kuoli. Mä oisin varmaan sen norsun ostanu jos ois. Että kyllä se oli se lapsen tuska kuitenkin et niin hirveetä että. Ja sitte se ehkä autto kaikkein eniten. Tyttäreni sano että, sit ku kuoli kaksi viikkoo sen jälkeen se kerbiilikin. Se ainoo kerbiili, nyt ettei oo enää ketään kelle puhua asioita. Silloin mä aattelin että herranjestas, jos se haluaa siel huoneessaan höpöttää koirallensa tai kerbiilillensä, se on tärkeetä työtä.”

Myös vastuun jakamisesta ja arkipäivän sujumisesta saatiin voimaa, samoin liikunnasta, oman ajan ottamisesta, omista ja yhteisistä harrastuksista, saunomisesta ja juhlien järjestämisestä ja herkuttelusta tai rentoutumisesta alkoholin avulla. Perheen ja perheenjäsenten käyttämät, yksilölliset hyvän voinnin ylläpitämisen keinot voivat saada joko negatiivisia tai positiivisia merkityksiä, kun niitä tarkastellaan objektiivisen terveyden, sosiaalisen selviytymisen ja hyvinvoinnin tai perheen terveyden kokonaisuuden näkökulmista.

### **5.2.2 Perheen ulkopuolelta saatu hyvän voinnin tuki**

Perheen ulkopuolelta tuleva tuki merkitsi äideille, isille ja perheille heidän näkökulmastaan tarpeellisen avun saannin kokemusta, joka vaikutti positiivisella tavalla arkipäivän hyvään vointiin. Toisaalta tuki saattoi tuottaa ristiriitaisia, negatiivisia tuntemuksia, kuten syyllisyyttä siitä, ettei itse selviytynyt. Tuen saannin kokemus on jaettu seuraavassa merkityksensä mukaisesti perheiden ja perheenjäsenten näkökulmasta tarpeelliseen, arjessa hyvää vointia vahvistavaan tukeen ja tarpeelliseen mutta ristiriitaisia tuntemuksia aiheuttavaan eli hyvää vointia murtavaan tukeen.

#### *Hyvää vointia vahvistava tuki*

Äidit saivat monimuotoista ja perheittäin vaihtelevaa aineellista, henkistä ja sosiaalista tukea sukulaisilta, ystäviltä, lasten isiltä ja muilta läheisiltä. Läheisten ihmisten läsnäolo arkipäivässä tuki selviytymistä. Läheisverkoston suppeus tai sen puuttuminen kokonaan merkitsi yksinäisyyttä ja

ulkopuolisuuden kokemusta. Virallisen järjestelmän eli sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tarjoama tuki ei korvannut läheisverkoston tukea.

Tiedonantajat kuvasivat, että virallisesta järjestelmästä saatavaan terveyden ja hyvän voinnin tukeen liittyi ehtoja. Terveystuella sai hyvin tukea, jos osasi ja jaksoi itse hakea ja vaatia palvelua, ja oli yhteistyöhaluinen. Autetuksi tuli myös silloin, kun oli selkeä fyysinen vaiva tai sairaus tai kun voi todella huonosti. Apua sai helpommin lapselle kuin vanhemmille. Tuettaessa keskityttiin enemmän yksittäiseen vaivaan ja yksilöön kuin koko perheeseen. Kun vaivalle löytyi nimi, diagnoosi, se helpotti tuen saamista. Autetuksi tulemisen tunnetta vahvisti ystävällinen kohtelu ja palveluiden toimiminen.

Äitien näkökulmasta sosiaalityöntekijöiltä saatu tuki näyttäytyi monimuotoisempana, joustavampana ja enemmän koko perhettä koskevana kuin terveydenhuollosta saatu tuki, vaikka siihenkin liittyi ehtoja. Vapaaehtoisjärjestöjen ja eri viranomaisten yhdessä organisoimien projektien antama tuki koettiin positiivisena, kokonaisvaltaisena ja pitkäaikaisesti koko perhettä tukevana. Tuki tavoitti kuitenkin vain joitakin perheitä. Auttajien henkilökohtaiset suhteet autettavaan olivat merkityksellisiä, mikä ilmeni myös isien aineistosta. Isillä oli hyviä kokemuksia perheen neuvolasta ja päivähoidosta saamasta tuesta, samoin lastensa käyttämisestä terveydenhuollon palveluista.

Vertaistuesta äideillä oli hyviä kokemuksia. Vertaistuki on äidin itsensä löytämää tai tukijärjestelmien kautta löydettyä. Oman ja perheen hyvän voinnin tukena jotkut äidit mainitsivat myös naapurit, päiväkodin, koulun tai opiskelun, kirjaston, seurakunnat ja harrastuspiirit.

Myös perhehaastatteluissa tuli esille että perheet saivat tukea arjesta selviytymiseen virallisista järjestelmistä kuten sosiaalipalveluista, koulusta, päivähoidosta, neuvolasta ja terveysasemilta tai muista sosiaali- ja terveyspalveluista. Tuen saantia pidettiin hyvänä, mutta kaikkien mieluiten haluttiin pärjätä itse, eikä tuen saannilla haluttu erottua muista. Tuen yksilöllisyyttä arvostettiin ja samoin inhimillistä kohtelua. Tueksi mainittiin myös edulliset liikuntapalvelut ja kirjasto.

### *Hyvää vointia murtava tuki*

Sekä äitien, isien että yhdessä haastateltujen perheenjäsenten saamaan tukeen liittyi myös ristiriitaisia tuntemuksia. Läheisverkostolta saatuaan tukea saattoi liittyä riippuvuuden tunteen vahvistamaa epävarmuutta omasta selviytymisestä tai vallankäytön kohteeksi joutuminen.



Ristiriitaisia tuntemuksia liittyi myös virallisesta järjestelmästä saatuun tukeen. Vaikka järjestelmän tarkoitus oli tukea äidin ja perheen hyvinvointia ja terveyttä, sen merkitys muotoutui toisinaan päinvastaiseksi. Näin kävi esimerkiksi silloin, kun äiti tunsu ettei häntä tai hänen perhettään arvostettu, tai että häntä kohdeltiin alentuvasti, tönkeästi tai epäasiallisesti, häneen suhtauduttiin epäluuloisesti nuoren ikänsä tai elämäntyyliinsä vuoksi tai hänen avun tarvettaan vähäteltiin ja aliarvioitiin kuten eräs äiti tässä kuvaa: *”Muutenkin se asenne oli hyvin sellain alentuva, ninku muhunki se jotenki sano että kannattiko nyt tulla raskaaks? Tai jotain tämmöstä, kun oli ollu ongelmia edellises raskaudes tai jotain. Et tällä lailla sanoo ihmiselle joka on yli kolmekymppinen jo, joka on ninku aikuinen!”*

Terveydenhuollon henkilökunnan suuri vaihtuvuus hankaloitti isien avun saantia ja vahvisti pitkien odotusaikojen ja paikasta toiseen juoksuttamisen ohella huonoa mielikuvaa terveyskeskusten palveluista. Tukea heikensi myös monimutkainen avustusjärjestelmä, jolloin esimerkiksi rahallista tukea joutui odottamaan pitkiä aikoja ja sitä joutui hakemaan useasta paikasta. Eräs isä kuvasi tilannetta näin: *”Kyllähän ne juoksuttaa luukulta luukulle, että se on kyllä kielteinen puoli siinä että pitää käydä sosiaalityö ja terveyskeskukset, sitte tota kelat ja, sitte työvoimatoimisto. Se on semmosta rallia, ne pyörittelee niit lappuja sielleesti. Semmosta byrokraattista kyllä vieläki.”*

Myös isillä oli myös huonoja kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollossa saamastaan kohtelusta. Omalla käyttäytymisellään voi vaikuttaa palvelun laatuun, mutta tuntui pahalta, jos työntekijät käyttäytyivät ylimielisesti, eivätkä ottaneet asiakkaan ongelmia todesta. Myös saatujen ohjeiden ristiriitaisuus ja arjessa toimimattomuus mursivat hyvää vointia.

Äiditkin toivat esille realistisen, asiakkaan elämäntilanteen ja yksilöllisyyden huomioonottavan ohjauksen puutteen. Asiakas ei ymmärtänyt ohjausta tai hänellä ei ollut realistisia mahdollisuuksia noudattaa saamia ohjeita. Tuen saanti oli hajanaista: oli raskasta etsiä apua monesta eri paikasta. Apua saadakseen äidin on kerrottava monelle ihmiselle omista ongelmistaan ja siitä, että hänellä menee elämässä huonosti. Äidin pahaolo ei tuntunut kuuluvan oikein kenellekään, kuten tämä äiti kertoo: *”No onhan siellä neuvolassa ihana käydä, mut ei se kauheesti meidän tähän elämään puutu sillai. Ett heti ku vauva syntyy ei enää välitetä siitä miten äiti voi tai sit kysyy just sillee et noo mitens te voitte, et tulee sellain olo et sanotaan nyt sitte et hyvin. Et se ei sillee halua kuunnella niitä kaikkia juttuja.”*

Äidit kuvasivat että sosiaali- ja terveysviranomaiset ottivat asiakkaan päätösvallan itselleen ja sanoivat, kuinka hänen tuli elää. Valtaa käytettiin palvelujen ja rahan jakamisen varjolla.

Ulkopuolisuuden ja omasta elämästään vieraantumisen kokemukset passivoivat. Huonoksi äidiksi

leimaantumisen pelko ja ulkopuolelta tulevat roolipaineet aiheuttivat epävarmuutta selviytymisestä ja syyllisyyttä, jota jotkut tueksi tarkoitetut palvelukokemukset vahvistivat. Henkilökunnan käyttäytymisestä etsittiin ja löydettiin piirteitä, jotka vahvistivat syyllisyyttä siitä, että äiti eli yhteiskunnanvaroilla, hänellä ei ollut työtä, tai hänen lapsellaan oli käytöshäiriöitä. Oli nöyryyttävää, jos annettiin ymmärtää, että haki turhaan apua, leimattiin uusavuttomaksi tai äitien omia huomioita itsensä tai lapsensa avuntarpeesta ei otettu todesta.

Lastenneuvola merkitsi usein paikkaa, jossa pitää näytellä onnellista äitiä, ja jossa ei tule mieleenkään puhua omasta väsymyksestään tai jaksamattomuudestaan. Äiti koki olevansa enemmän tarkkailun kohde kuin tuen tarvitsija: *”Et neuvola on niin lapsikeskeinen paikka, jos mä meen neuvolaan ja itken siellä näit ongelmiani, niin seuraavan kerran, mä tuun mun lapsen kanssa, niin kattooks se mua, mun lastani sillä tavalla että näkyys siin lapsessa jotain fyysisen pahoinpitelyn merkkejä ja noin. Masentuneena hakannu lasta. Ja tavallaan koin sellasta painettakin siellä. Siellä istuu onnelliset äidit pienten lastensa kanssa ja keksihymy naamalla ja sitten pitää mennä sinne ja siel on hellantuttelis se neuvolan täti, mikä punnitsee ja mittaa sitä vauvaa ja. Miten mä selittäisin, koen että siellä on pakko olla onnellisen näkönen!”*

Perhehaastatteluissa tuli myös esiin hyvää vointia murtava tuki. Terveyskeskukseen avun antajana ei luotettu, palvelut eivät toimineet, perheistä ja niiden ongelmista ei oltu aidosti kiinnostuneita. Perheen äiti kuvasi päivystysvastaanotolla käyntiään näin: *”Kyllä mä pääsin, sitten ku mä menin toisen kerran sitten lääkäriin, että sitte ku mä menin päivystykseen silloin, ni otettiin se yks ainoo röntgenkuva ja siitäki se nainen huuti et muista yks kuva vaan, että tuli mieleen säästetäänks me nyt tässäkin, eli otetaan vaan yks kuva. Joo kyllä musta vähän tuntu että, siel mä nyt vaan olin ja kipuineni menin sitte kotiin että. Entäs olis joku täällä mennykin sisäinen verenvuoto tai mikä hyvänsä että kyllä ne ois jäänny sit huomaamatta.”*

Ristiriitaisia tuntemuksia aiheuttava tuki liittyi usein perheiden ja perheenjäsenten aikaisempiin kokemuksiin palvelujärjestelmistä ja niihin liittyviin negatiivisiin mielikuviiin, joita ikävät kokemukset vahvistivat. Taulukkoon 5 on koottu esimerkkejä äitien, isien ja perheiden kokemasta hyvää vointia vahvistaneesta ja sitä murtaneesta tuesta. Tuen ja avun saannin kokemukset ovat yksilöllisiä ja tilannesidonnaisia. Perheet saavat ja tarvitsevat monenlaista tukea, mutta tuen saamiseen ja vastaanottaminen saattaa liittyä myös hyvää vointia heikentäviä tekijöitä.

Taulukko 5: Esimerkkejä perheiden hyvää vointia vahvistavasta ja murtavasta tuesta

HYVÄÄ VOINTIA VAHVISTAVA TUKI	HYVÄÄ VOINTIA MURTAVA TUKI
<p>Läheisverkostolta saatu monipuolinen tuki ja heidän läsnäolonsa perheen arkipäivässä</p> <p>Sosiaali- ja terveydenhuollosta saatu tuki silloin kun oli osannut ja jaksanut hakea tukea oikein, oikeasta paikasta ja olla yhteistyöhaluinen.</p> <p>Terveydenhuollosta selkeään diagnosoitavaan fyysiseen vaivaan saatu apu.</p> <p>Ystävällinen, yksilöllinen kohtelu palvelutilanteissa.</p> <p>Joustava, yksilöllinen ja koko perheen ja sen hetkisen elämän tilanteen huomioon ottava tuki</p> <p>Autettavan ja auttajan väliseen luottamukseen perustuva tuki</p> <p>Vertaistuki</p> <p>Tuki jonka saa itse valita</p>	<p>Läheisverkostolta saatu tuki jos se aiheutti liiallista riippuvuuden tunnetta tai vallankäytön kohteeksi joutumista</p> <p>Tueksi tarkoitettu toiminta, missä perheistä ja niiden ongelmista ei oltu aidosti kiinnostuneita.</p> <p>Tukipalveluiden käyttämiseen liittyvä ylimielinen, työkeä, alentava tai epäasiallinen kohtelu.</p> <p>Avun tarpeen vähättely ja aliarviointi tukea haettaessa.</p> <p>Tunne, että tukea saadessaan on alistuttava asiantuntijoiden vallankäytön kohteeksi.</p> <p>Tuki, jonka vastaanottaminen vahvisti arvottomuuden ja syyllisyyden tunnetta.</p> <p>Tuki jonka vastaanottaminen aiheutti pelkoa leimaantumisesta huonoksi isäksi tai äidiksi tai ”sosiaaliperheeksi”.</p> <p>Tilanteet, joissa avuntarvitsija koki olevansa enemmän tarkkailun kohteena kuin tuen saajana.</p> <p>Tuen ja avun saannin monimutkaisuus, pirstaleisuus, ja pitkät odotusajat.</p> <p>Luottamuksen puute tuen antajaa kohtaan.</p> <p>Tueksi tarkoitettujen ohjeiden ristiriitaisuus ja arjessa toimimattomuus.</p>

### 5.3. Merkitysverkosto vähävaraisten lapsiperheen hyvästä voinnista ja sen tukemisesta

Kuviossa 4 kuvataan vähävaraisten äitien, isien ja perheiden hyvään vointiin ja se tukemiseen liittyvää merkitysverkostoa, joka on syntynyt kolmen eri aineiston, äitien, isien ja perheiden tuottamien merkitysrakenteiden synteessä. Vähävaraisten perheiden hyvä vointi saa erilaisia ja yhteisiä merkityksiä perheiden ja perheenjäsenten näkökulmista. Hyvän voinnin saamat merkitykset liittyvät toisiinsa ja ovat osin päällekkäisiä, koska samat asiat voivat yksilön näkökulmasta saada erilaisia merkityksiä. Hyvän voinnin tuki voi saada vastakkaisia merkityksiä eri merkitysverkostoissa. Vähävaraisten lapsiperheiden hyvää vointia kuvaava merkitysrakenne muotoutuu tarkoituksenmukaisesta sosiaalisesta verkostosta, arjen sujumisesta, voimaannuttavasta vanhemmuudesta, mielekkäästä jaksamista ja selviytymistä tukevasta toiminnasta, mahdollisuudesta vaikuttaa omaan ja perheensä hyvään vointiin, perheen sisäisestä toimivuudesta ja arjen terveydestä.

Perheen sisäiset hyvän voinnin ylläpitämiseen liittyvät keinot ovat yksilöllisiä ja saattavat myös merkitä uhkaa perheen terveydelle. Niitä on kuvattu kuviossa 4 kahden suuntaisilla nuolilla. Perheen ulkopuolelta tulevaa hyvän vointia vahvistavaa tukea on kuvattu vihreällä nuolella ja hyvää vointia murtavaa tukea vihreä-punaisella nuolella.



**Kuvio 4. Vähävaraisen lapsiperheen hyvä vointi ja sen tukeminen perheenjäsenten erillisinä ja yhteisinä merkityksinä**

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Tutkimuksen eettisyyttä arvioidaan suhteessa tiedonantajiin, tiedon keräämiseen, tiedon analysointiin ja tulosten luotettavuuteen. Tutkimuksen tiedonantajien osalta lähtökohtana on, että tutkimukseen osallistuminen ei saa aiheuttaa fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista haittaa tutkimukseen osallistujille. Tutkimuksen osanottajia voidaan pitää erityisen haavoittuvina, kun kyseessä on yksilö tai ryhmä, jolle tutkimus voi aiheuttaa tällaista haittaa useasta syystä. Tällaisia syitä voivat olla mm. tiedonantajien persoonaan tai elämäntilanteeseensa liittyvä erityinen herkkyys, yksityisyyden kunnioittaminen tai sosiaalisen leimaantumisen riski. Nämä syyt voivat liittyä ryhmään, johon tiedonantajat kuuluvat, tilanteeseen, johon he ovat joutuneet tai itse tutkimukseen. (Munhall 2001, Maijala ym. 2002, Kavanaugh ym. 2006.)

Tämän tutkimuksen tiedonantajat elivät vaikeissa elämäntilanteissa, joihin liittyi henkilökohtaisten resurssien ääri rajoilla toimiminen ja sosiaalisen leimaantumisen riski. Tämä tuli myös esiin siinä että näiden tiedonantajien tavoittaminen ei ollut helppoa. Yritin tavoittaa heitä terveydenhuollon organisaatioiden, muun muassa neuvoloiden kautta, mutta niissä ei useinkaan ollut tietoa perheiden taloudellisesta tilanteesta, eikä sitä mielellään kysytty. Suurimman osan tiedonantajistani tavoitinkin sosiaalihuollon organisaatioiden ja seurakuntien ja vapaaehtoisjärjestöjen avulla, koska heillä oli asiakkaina perheitä, jotka saivat toimeentulotukea tai muuta elämiseen tarvittavaa taloudellista tukea. Anoin ensin organisaatioilta tutkimusluvat perheiden tavoittamiseksi. Luvat saatuani lähestyin äitejä, isiä ja perheitä organisaatioiden työntekijöiden välityksellä. Tiedustelin tutkimuksen esittelykirjeen (Liite 2) avulla heidän asiakkaitaan olevien vähävaraisten perheiden jäsenten halukkuutta osallistua tutkimukseen ja pyysin halukkailta yhteystietoja sekä lupaa ottaa heihin yhteyttä. Tiedonantajien tavoittamiseksi lähetin useita esittelykirjeitä tutkimuksestani terveydenhuollon ja sosiaalityöntekijöiden, diakoniatyöntekijöiden ja vapaaehtoistyöntekijöiden kautta vähävaraisille perheille ja jaoin myös itse esittelykirjeitä esimerkiksi työllisyyskursseilla ja yhden kaupungin ruuanjakelujonossa. Tuloksena sain yhteydenottoluvan haastatteluun halukkailta 30 perheeltä.

Tutkimusprosessini edetessä kiinnitin erityistä huomiota tiedonantajieni elämäntilanteesta johtuvaan haavoittuvuuteen, anonymiteettisuojaan ja luottamuksellisuuteen ja siihen että osa haastatelluista oli lapsia. On tärkeää että tiedonantajat tietävät ja ymmärtävät, millaisesta tutkimuksesta on kyse ja että heillä on riittävästi tietoa ennen kuin he tekevät päätöksen osallistua tutkimukseen (Kavanaugh ym. 2006). Tähän ja tiedonantajien anonymiteetin suojeluun pyrin informoimalla henkilökohtaisesti kaikkia tutkimukseen mukaan halukkaita tiedonantajia tutkimuksestani ja painottamalla osallistumisen vapaaehtoisuutta.

Perheet ja perheen yksittäiset jäsenet päättivät itse halukkuudestaan osallistua tutkimukseen. Lasten kohdalla kysyin luvan lasten osallistumisesta sekä lapsen vanhemmilta että lapselta itseltään, kerroin lapselle selkeästi millaisesta tutkimuksesta oli kyse ja vastasin hänen kysymyksiinsä. Kysyin luvan ensin perheeltä kirjallisena, ja kun olin saanut perheen yhteyshenkilön allekirjoittaman luvan, pyysin vielä suullisen luvan ennen tutkimushaastattelun alkua jokaiselta perheenjäseneltä erikseen. Lapsen valinnanvapauden arvioiminen tutkimukseen osallistumisen suhteen ei ole helppoa, koska vanhemmat usein päättävät hänen puolestaan (Pölkki 2008)

Haastatteluun suostuneiden perheenjäsenten yhteystietojen välittäjillä oli vaitiolovelvollisuus ja vaikka he olivat saaneet haastateltavilta luvan välittää haastateltavan puhelinnumeron yhteystietona, he toivoivat että tutkijana pyrkisin varmistamaan tiedonantajien anonymiteetin, enkä kirjaisi heidän nimiään ylös ja että hävittäisin yhteystiedot heti tutkimus haastattelun jälkeen. Noudatin heidän tätä toivettaan. Osa tiedonantajista kertoi itse nimensä, mutta osa halusi säilyttää mahdollisimman hyvin anonymiteettinsä. Haastattelujen toistaminen, vaikka se olisi saattanut lisätä haastatteluaineiston rikkautta ja näin tutkimuksen luotettavuutta, olisi näin ollen ollut vaikeaa ja päädyin haastattelemaan heitä vain yhden kerran. (Åstedt-Kurki ym. 2001, Ensing 2003, Whitehead 2004, Pölkki 2008.)

Kaikilla tiedonantajilla oli mahdollisuus valita paikka, missä he halusivat haastattelun tehtäväksi (Eggenberger & Nelms 2007). Osa haastatteluista tehtiin tiedonantajien kotona, osa sosiaali- tai terveydenhuollon tai vapaaehtoisjärjestön osoittamissa tiloissa. Kotona toteutettuun haastatteluun sisältyi omanlaisiaan eettisiä näkökohtia. Kotona oli äitejä ja isiä haastateltaessa usein haastattelutilanteissa läsnä muita perheenjäseniä, jolloin myös heidän luottamuksensa saavuttaminen ja yksityisyytensä säilyttäminen piti ottaa huomioon. Haastattelutilanteen alussa painotin vielä tiedonantajille, että osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen, ja heillä jokaisella oli mahdollisuus kieltäytyä osallistumasta missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. Kukaan ei tässä

vaiheessa kieltäytynyt. Varmistin vielä haastattelukeskustelun alussa erikseen mukana olevilta lapsilta heidän halukkuutensa osallistua tutkimukseen, eikä heitä pakotettu olemaan mukana koko haastatteluaikaa, vaan he puuhailivat omia asioitaan. Haastattelutilanteissa tavoitteenani oli tunnistaa ero hoitajana toimimisen ja tutkijan välillä ja pyrkiä pysyttelemään tutkijan roolissa (vrt. Houck & Kodadek 2001, Whitehead 2004), mihin koin saavani tukea fenomenologisesta tutkimusasenteesta (Oiler Boyd 2001).

Tiedonantajia valitessani pyrin ottamaan huomioon, ettei heillä ehkä ollut sillä hetkellä ylimääräisiä resursseja osallistua tutkimukseen ja että he voivat myös etsiä tutkijasta eli minusta tukea elämäntilanteeseensa tai kohdistaa minuun muita odotuksia, joita en voinut täyttää. Näillä perusteella luovuin yhden isän ja yhden perheen mukaan tulosta tähän tutkimukseen. Kaikissa haastattelutilanteissa pyrin tiedonantajaa ja hänen perheensä yksityisyyttä kunnioittavaan vuorovaikutukseen, välttämään syyllistämistä ja luomaan turvallisen ja luottamuksellisen ilmapiirin. Pyrin myös säilyttämään jokaisen yksittäisen perheenjäsenen luottamuksen välttämällä kannanottoja perheen sisäisissä ristiriitatilanteissa. (Ensing 2003, Whitehead 2004, Kavanaugh ym. 2006.). Koska haastatteluissa tuli esiin perheenjäsenen toiveita tuesta ja raskaita elämäntilanteita, ohjasin heitä edelleen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen piiriin, mistä he saisivat kaipaamaansa tukea (Ensing 2003, Kavanaugh ym. 2006). Jätin myös kaikille perheille yhteystietoni, jotta he voisivat halutessaan tavoittaa minut. Kukaan perheistä ei ottanut minuun yhteyttä (Åstedt-Kurki ym. 2001).

Tutkimusetiikan näkökulmasta tärkeitä fenomenologisen tutkimuksen kriteereitä ovat tiedon analysointiin ja luotettavuuteen liittyvät tutkimusprosessin aineistolähtöisyys, tavoiteltavan tiedon laatu, tutkimusprosessin reflektointi, tutkijan vastuullisuus ja subjektiivisuus sekä reduktion eli tutkijan omien esioletusten tunnistamisen ja poissulkemisen onnistuminen (Witt de & Ploeg 2006, Whitehead 2004, ja Latomaa 2006). Käytin tässä apuna tutkijan päiväkirjan pitämistä koko tutkimusprosessin ajan ja ohjauskeskusteluja kokeneemman tutkijan kanssa tutkimuksen suunnitteluvaiheesta lähtien (Åstedt-Kurki & Hopia 1996, Zalm van der & Bergum 2000, Munhall 2001, Whitehead 2004). Aineistoa analysoidessani ja tuloksia muodostaessani tavoitteenani oli tunnistaa mahdollisimman hyvin omat stereotypiani, ennakkoluuloni ja esioletusteni sekä tiedostaa niiden vaikutus tulosten tulkintaan, Ilmiön ymmärtäminen toisen ihmisen näkökulmasta ja hänen elämäntilanteestaan, ei ole kuitenkaan koskaan täysin mahdollista (Oiler Boyd 2001, Streubert Speziale & Carpenter 2003, Whitehead 2004). Pyrin myös ottamaan tulosten tulkinnasta huomioon perhehaastattelutilanteen kompleksisuuden erityisesti lasten, mutta myös muiden perheenjäsenen subjektiivisten merkitysten tavoittelussa (vrt. Pölkki 2008).



## 6.2 Tulosten tarkastelu

Seuraavassa tarkastelen tutkimuksen tuloksia aikaisemman tutkimustiedon valossa.

### *Arjen terveys*

Arjen terveys oli tärkeä osa näiden perheiden hyvän voinnin kokemuksesta. Äitien arjessa korostui tässä tutkimusaineistossa henkinen hyvinvointi. Vähävaraisuus ja mielenterveys on liitetty yhteen useissa muissakin tutkimuksissa (mm. Brown & Moran 1997). Lahelman ja kumppaneiden (2006) mukaan, mielenterveyden häiriöiden vaara oli selvästi suurempi, jos lapsuuden perheessä oli ollut taloudellisia ongelmia tai aikuisena raha ei riittänyt ruokaan, vaatteisiin eikä laskujen maksamiseen. Vaikka tämän laadullisen aineiston pohjalta ei voi vetää johtopäätöksiä mielenterveyden ja vähävaraisuuden yhteydestä, äitien oma kokemus mielenterveyden merkityksestä heidän arkipäivässään vahvistaa aikaisempien tutkimusten tulosta. Äitien kokemuksesta omasta hyvästä ja pahasta voinnistaan on tärkeää hyödyntää perheiden hyvän voinnin tukemisessa ja varhaisen avun tarpeen tunnistamisessa.

Arjen terveyteen kuului myös opittu tieto terveydestä, mikä kertoi toisaalta terveyteen liittyvän tietämisen tärkeydestä (vrt. Åstedt-Kurki 1992, Häggman-Laitila & Åstedt-Kurki 1995) ja toisaalta sen irrallisuudesta äitien arkipäivästä. Näyttää siltä, että terveyteen liittyvän tiedon merkitys äidin ja perheen elämässä on parempi lähtökohta terveyden edistämiseen kuin heille merkityksettömän tiedon jakaminen. Jainin (2001) ja kumppaneiden tutkimustulos on samansuuntainen. Sen mukaan vähävaraisten esikouluikäisten lasten äideille painoindeksiä merkityksellisempi asia oli se, että kiusattiinko lasta hänen painonsa vuoksi vai ei.

Terveyden diagnosoidun sairauden puuttumisena on terveyden määrittelyssä arkielämästä tutuin ja se nousee esiin myös tämän tutkimuksen tuloksissa erityisesti terveyden menettämisen pelkona. Myös Åstedt-Kurjen (1992) tutkimuksessa terveyden kokemuksesta ”yleinen terveys” viittasi terveyteen ongelmalähtöisestä näkökulmasta sairauden vastakohtana.

Perheen arjen terveyteen liittyi terveyden arvostuksen vaihtelu arkielämässä. Terveyden arvoon vetoaminen terveydenedistämässä ei välttämättä näiden perheiden arjessa toimi, varsinkaan, jos se ei tuo välitöntä helpotusta raskaaseen arkeen vaan pikemminkin aiheuttaa lisää stressiä.

Samansuuntaisia tuloksia on saanut Bostock (2001), joka havaitsi, tutkiessaan kävelemistä

vähävaraisten lapsiperheiden äitien mahdollisuutena siirtyä paikasta toiseen, että vaikka auton puuttuminen perheeltä edistää kävelemistä, joka on halpa ja hyvä liikuntamuoto, sillä voi olla myös negatiivisia vaikutuksia perheen hyvinvointiin. Autottomuus rajoittaa perheen terveydestä ja sosiaalisesta hoivasta huolehtimista, kuten ruoka-ostosten tekoa, terveystalvelujen käyttöä ja sosiaalista verkostoa. Käveleminen heikensi äidin hyvää vointia, viemällä äidin voimia päivittäisistä askareista. Ankea elinympäristö, missä äiti lapsineen tavallisimmin käveli, vaikutti samoin. Vähävaraisten perheiden hyvään vointiin liittyvä monimutkainen merkitysverkosto on hyvä ottaa huomioon, kun mietitään, miksi terveydenedistäjien rationaaliset perustelut eivät tuota tulosta.

Isien monivivahteinen kuvaus terveydestä voimavarana, ilon tunteena sekä omana ja läheisten hyvänä vointina tukee kokemuksellisen terveyden ja hyvän voinnin kokonaisvaltaisen arvioinnin tärkeyttä, kun näitä isiä kohdataan terveystalveluiden käyttäjinä. Kiinnittämällä huomiota vain yhteen terveysongelmaan kadotetaan mahdollisuus tukea isiä ja perheitä vaikeissa elämäntilanteissa. (myös Andersson ym. 2005 ja Halme 2009). Isät pitivät tärkeänä omaa fyysistä kuntoaan. Fyysisen hyvän voinnin merkitys erityisesti matalan sosiaalisen aseman omaavien miesten toiminnallisena kapasiteettina ja omin voimin selviytymisen mahdollistajana on tullut esiin myös Sealen ja Charteris-Black:n (2008), Williamsin (2007) ja Pietilän (2008) tutkimustuloksissa.

Perheen jäsenet kuvasivat yhteisesti arkipäivän terveyttä hyvän olon tunteena sekä onnellisuuden kokemuksena ja toivat esiin hyvän olon, terveyteen liittyvän tiedon ja käytettävissä olevien resurssien välisen ristiriidan perheessä. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa perheen ja perheen jäsenten terveys ja hyvä vointi ovat liittyneet vahvasti arkipäivään ja sen sujumiseen sekä onnellisuuden kokemukseen (Åstedt-Kurki ym. 1999, Okkonen ym. 2007).

Ristiriita terveyteen liittyvän tiedon ja arkielämän konkretian välillä on tullut esiin muissakin tutkimuksissa (mm. Bilinskin ym. 2010). Tulokset vahvistavat myös Williamsonin ja Drummondin (2000) sekä Raphaelin (2003) omien tutkimustensa tuloksista tekemää johtopäätöstä, ettei pelkällä tiedon jakamisella terveellisistä elintavoista tai huomion kiinnittämisellä pelkästään yksilöiden terveyskäyttäytymiseen saavuteta hyviä tuloksia vähävaraisten perheiden terveyden tukemisessa. Jos ristiriita hyvän olon kokemuksen ja terveyteen liittyvän ulkokohtaisen tiedon ja käytettävissä olevien resurssien välillä on liian suuri, siitä muodostuu este terveyteen liittyvän tiedon hyödyntämiseen arkipäivässä.

### *Arjen sujuminen*

Sujuva arki mahdollisti näiden äitien hyvän voinnin. Denham (1999, 2002, 2003a, 2003b) on useissa tutkimuksissaan tuonut esiin perheen arjen rytmittämisen syntyvien rutiinien ja rituaalien merkityksen perheen terveydessä ja perheen äidin merkityksen niiden ylläpitämisessä. Taloudelliset ongelmat veivät äidin voimia ja supistivat hänen ja perheen mahdollisuuksia valintoihin. Myös Ford- Gilboen (1997) mukaan taloudellisten resurssien puute lisää yksihuoltajien ja pienten lasten perheiden huonoa vointia. Toisaalta tässäkin tutkimuksessa tuli esiin se, että äidit ovat kekseliäitä löytämään arjessa olevia mahdollisuuksia niukoissakin olosuhteissa. Perhelähtöisten tukemiskeinojen kehittämiseksi on tärkeää selvittää, mitä erilaiset elämäntilanteet, kuten yksihuoltajuus tai perheen huonot taloudelliset resurssit, yksittäiselle äidille ja hänen perheelleen heidän senhetkisessä arjessaan ja sen sujumisessa merkitsevät, ja miten äidin arjen mielekkyys rakentuu.

Vähävaraisuus ja perheiden epävakaa taloudellinen tilanne vaikuttivat monella tavalla perheen arkeen aiheuttaen perheenjäsenille fyysistä ja henkistä väsymystä, turvattomuutta ja jatkuvaa stressiä ja pärjäämättömyyden tunnetta, kuten muissakin vähävaraisiin perheisiin kohdistuvissa tutkimuksissa on todettu (Denham 1999, Williamson & Drummond 2000, Attree 2006, Bulls ym. 2006, Ridge 2011). Hoitotyössä on syytä kiinnittää enemmän huomiota perheen ja sen jäsenten terveyteen oleellisesti vaikuttaviin taloudellisiin tekijöihin ja niiden merkityksiin perheen arjessa niin kontekstuaalisesta, rakenteellisesta kuin toiminnallisestakin näkökulmasta.

Tutkimukseen osallistuneiden perheiden lapset olivat huolissaan rahan riittävyydestä perheissään. Ridgen (2011) tekemän englantilaisten vähävaraisten lasten kokemuksiin liittyvän tutkimuskatsauksen mukaan lasten kokemat perheen köyhyydestä johtuvat paineet sijoittuvat kolmelle alueelle: rahan riittävyyteen, materiaalien resurssien puutteeseen ja sosiaaliseen hyväksyntään kuuluvien avainhyödykkeiden puutteeseen. Se etteivät lapset tässä tutkimuksessa tuoneet esiin paineita muilta alueilta, saattaa johtua siitä, että näin toteutetussa perhehaastattelussa vanhempien ääni kuului selvästi lasten ääntä paremmin. Tutkimustietoa suomalaisten vähävaraisissa perheissä elävien lasten hyvästä voinnista tarvitaan lisää, sillä lasten on todettu olevan hyvin herkkiä vanhempiensa yksinäisyyden ja häpeän tunteille ja piilottavan omia tarpeitaan ollakseen lisäämättä vanhempiensa stressiä (Ridge 2011).

Yhteisellä arjen rytmittämällä pyrittiin helpottamaan perheen arkea ja ylläpitämään perheen hyvää vointia, mutta liiallinen, joustamaton arkirutiineista kiinnipitäminen vei myös voimia perheenjäseniltä. Denham on nostanut omista tutkimuksistaan (1999, 2003a) esiin perheen yhteiset ja yksilölliset rutiinit, jotka tukevat lapsen ja perheen kehitykseen liittyviä terveystoimenpiteitä. Myös

Yoon (2010) tulosten mukaan lasten terveys näytti olevan parempi matalatuloisissa perheissä, joissa noudatettiin terveyteen liittyviä rutiineja (myös Currie ym. 2007). Tässä tutkimuksessa esiin tullut rutiinien negatiivinen vaikutus perheen arkeen, ei tullut esiin edellä mainituissa tutkimuksissa. Erilaisten perheiden ja perheenjäsenten yksilöllisten, arkipäivään liittyvien rutiinien ja niiden merkitysten tunteminen voi olla lähtökohta entistä perhelähtöisemmälle työskentelylle esim. lastenneuvolassa.

### *Mielekäs tekeminen*

Tutkimuksen tulosten mukaan yhteinen ja erillinen mielekäs tekeminen olivat tärkeitä kaikille perheenjäsenille. Yhteinen aika antoi perheenjäsenille mahdollisuuden siirtää kokemustaan, oppia toisiltaan ja vahvistua toisistaan. Erityisesti äidit arvostivat lasten kanssa yhdessä vietettyä aikaa ja näkivät sen resurssina, mutta myös resursseja kuluttavana silloin, kun arjen vaikeudet vievät liikaa voimia, eikä yhteisestä ajasta jaksanut nauttia. Myös Tubbs ja kumppanit (2005) ovat saaneet vastaavia tuloksia. He toivat myös esiin sen, että arjen askareet ja perheen arkeen liittyvä yhteinen tekeminen mahdollistivat perheen yhteisen ajan matalatuloisissa perheissä, joissa ei ole mahdollista ostaa yhteistä aikaa ja tekemistä (Tubbs ym.2005).

Tässä tutkimuksessa erityisesti isien arkeen toi mielekkyyttä hyödyllinen, osaamista vaativa tekeminen yhdessä lasten kanssa. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että fyysinen yhteistoiminta korostuu isän ja lapsen välisissä suhteissa (Paguette 2004, Halme 2009).

Tähän päivään keskittyminen oli tärkeää näissä perheissä ja toi mielekkyyttä arkeen. Samansuuntaisia tuloksia saivat myös Thompson ja Fitzpatrick (2008) tutkimuksessaan, jossa he kuvasivat terveyttä edistävän käyttäytymisen omaksumisen ja yksilön ajallisen perspektiivin yhteyttä vähävaraisilla amerikkalaisilla aikuisilla. Ryhmä erosi ajallisessa suuntautumisessaan siinä, että suurin osa heistä ei nähnyt ajallista jatkuvuutta menneen, nykyisen ja tulevan välillä. Tutkijat päättelivät, että heidän oli silloin ehkä vaikeampi uskoa terveyskäyttäytymisensä vaikuttavan heidän terveyteensä tulevaisuudessa, millä taas voi olla yhteyttä heidän tekemiinsä valintoihin. Tässä tutkimuksessa tähän viittaa myös se, ettei perheissä pidetty terveydenedistämiseen liittyvää tukea välttämättömänä. Vähävaraisten perheiden terveyden tukemisessa onkin tärkeää ottaa perhe ja perheenjäsenet mukaan suunnittelemaan heille heidän arjessaan mielekkäitä ja merkityksellistä perheen terveyttä ja hyvää vointia tukevaa toimintaa.

### *Tarkoituksenmukainen sosiaalinen verkosto*

Sosiaalisen verkoston olemassa olo ja sen tuoma tuki olivat tärkeitä perheen ja perheenjäsenten hyvälle voinnille. Läheisverkoston puuttuminen ja siitä aiheutuva yksinäisyys aiheuttivat pahaa oloa. Toisaalta sosiaalinen vuorovaikutus voitiin kokea myös ahdistavana tai perheen riittämättömyyttä korostavana ja se saattoi johtaa perheen tai perheen jäsenten eristäytymiseen.

Sosiaalisen verkoston tukeen liittyvä ristiriita ja sosiaalisen verkoston ja sosiaalisen tuen erilaiset merkitykset matalatuloissa perheissä ovat tulleet esiin myös muissa tutkimuksissa (Denham 1999, Ridge 2011). Anderssonin ja kumppaneiden (2005) mukaan matalatuloisille amerikkalaisille isille sosiaaliseen verkostoon kuuluminen toi tukea, mutta myös lisäsi ahdistusta, koska he eivät pystyneet vastaamaan toisten rooliodotuksiin tai avuntarpeeseen vastavuoroisesti. Thomasin ja kumppaneiden (2007) mukaan sosiaalinen tuki taas suojasi depressiolta ja ahdistukselta matalatuloisia perusterveydenhuollon asiakkaita. Halmeen (2009) tutkimustuloksissa perheen alhaiset tulot olivat yhteydessä isien eristyneisyyteen. Henlyn ja kumppanien (2005) mukaan matalatuloisten verkostoista saatavilla oleva tuki palveli enemmän selviytymiskeinona kuin materiaalsen hyvinvoinnin kohottajana. Vaikka epämuodollinen tuki oli erittäin tärkeää matalatuloisten perheiden selviytymiseksi arjessa, se ei auttanut perhettä parempaan taloudelliseen hyvinvointiin. Lisää tutkimustietoa kaivataankin siitä, miten sosiaalinen verkosto toimii ja millaiset sosiaaliset normit ohjaavat rankoissa elämäntilanteissa eläviä, ja miten ne voitaisiin huomioida heidän terveytensä ja hyvän vointinsa tukemisessa. Perhehoitotyössä sosiaalisen tuen perhekohtainen kartoittaminen perheiden terveyden tukemisessa on tärkeää, jotta toimintoja voidaan kohdentaa tehokkaammin ja nähdä virallisen tukijärjestelmän kehittämistarpeet.

### *Perheen sisäinen toimivuus*

Perheen sisäistä toimivuutta ilmentävää ”yhteen hiileen puhaltamista” pidettiin perheissä tärkeänä ja sitä kuvattiin myös sopuisuudella perheen jäsenten kesken sekä parisuhteen ja perheen jäsenten välisen vuorovaikutuksen toimivuudella. Vaikka perheiden elämäntilanne ja rahan puute stressasivat kaikkia perheen jäseniä, ne saattoivat myös vahvistaa yhteenkuuluvuutta (myös Ridge 2011). Perheen jäsenten välisiä hyviä suhteita ja keskinäistä yhteyttä on käytetty perhedynamiikan positiivisina mittareina useissa tutkimuksissa, ja ne ovat ennustaneet parhaiten perheen toimivuutta osana perheen terveyttä (mm. Åstedt-Kurki ym. 2004, Mc Creary & Dancy 2004, White ym. 2010). Nyamathi kumppaneineen (1999) tutki kodittomien amerikkalaisten naisten terveyden ja hyvän voinnin ja parisuhteen välistä yhteyttä. Parisuhteen olemassa olo ja sen seesteisyys näyttivät vaikuttavan positiivisesti terveyteen ja hyvään vointiin.

Erityisesti äidit kaipasivat ulkopuolista tukea, kun he kokivat, että vuorovaikutus perheenjäsenten kesken ei toiminut. Horodynskin ja Gibbonsin (2004) mukaan vähävaraiset amerikkalaiset äidit hyötyivät selvästi siitä, että hoitotyöntekijät kävivät kotikäynneillä tunnistamassa ja tukemassa äidin ja lapsen välisen vuorovaikutuksen kehittymistä. Myös Suomessa on kiinnitetty huomiota erityisesti pienten lasten ja vanhempien väliseen vuorovaikutukseen ja sen tukemiseen. Kouluttamalla äitiys- ja lastenneuvoloissa työskenteleviä terveydenhoitajia varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen, on saatu positiivisia tuloksia erityisesti riskiperheiden terveyden tukemisessa (Häggman-Laitila ym. 2001, Heimo 2001).

Tähän tutkimukseen osallistuneissa perheissä ei korostunut äidin rooli perheen terveyden ylläpitäjänä, kuten esim. Denhamin tutkimuksissa (1999, 2003a ja b), vaan myös isät olivat merkittäviä päätöksentekijöitä ja vaikuttajia perheen hyvään vointiin ja terveyteen liittyvissä asioissa. Isät ovat kuitenkin jääneet tutkimusten mukaan usein syrjään perheen terveyteen liittyvästä päätöksen teosta (mm. Mesiäislehto-Soukka 2005). Isien mukaan ottaminen ja heidän osallisuutensa mahdollistaminen on tärkeää perheiden terveyden tukemisessa.

### *Voimaannuttava äitiys ja isyys*

Lapset koettiin perheissä voimavarana, joka kannusti eteenpäin ja loi uskoa tulevaisuuteen vaikeissakin tilanteissa. Äitiyttä ja isyyttä pidettiin tärkeänä ja lasten vuoksi oltiin valmiita tinkimään omasta hyvästä voinnista. Myös Keating-Leflerin ja kumppaneiden (2004) tutkimuksessa vähävaraiset amerikkalaiset yksihuoltajaäidit kuvasivat äitiyden tuomaa voimaa sisukkuutena, joka sai heidät uskomaan parempaan tulevaisuuteen. Omasta hyvästä voinnista tinkiminen tuli esiin myös Nyamathin ja kumppaneiden (1999) sekä Keating-Leflerin ja kumppaneiden (2004) tutkimuksissa: vähävaraiset äidit arvioivat omat voimavaransa liian optimistisesti ja pyrkivät muiden perheen jäsenten hyvän voinnin tukemiseen oman hyvän vointinsa kustannuksella.

Tähän tutkimukseen osallistuneet isät pitivät tärkeänä mahdollisuuttaan olla isä, ja isyys oli heille tärkeä voiman ja hyvän voinnin lähde. He kokivat kuitenkin usein, ettei heitä, varsinkaan virallisissa järjestelmissä, pidetty yhtä merkittävänä lapsen elämässä kuin äitejä. Nelsonin (2004) tutkimuskatsauksen mukaan amerikkalaisten matalatuloisten isien omista kokemuksista isyydestään, ja siitä, kuinka se vaikuttaa heidän käyttäytymiseensä, on vähän ja ristiriitaista tietoa. Toisaalta vaikeissa elämäntilanteissa elävillä matalatuloisilla isän velvollisuuksien täyttäminen on haastavaa, mutta isyys voi olla myös heidän kohdallaan yhtä suunniteltua ja tarkoituksenmukaista

vaikkakin eri merkityksessä kuin esim. keskiluokkaisilla isillä (Nelson 2004). Myös Glinkmanin (2004) ja Shearssin ja kumppaneiden (2006) mukaan matalatuloisille isille lapset saattavat olla yhtä tärkeitä voimanlähteitä kuin äideillekin, he kiintyvät yhtälailla lapsiinsa ja pystyvät toteuttamaan isyyttään monenlaisilla yksilöllisillä tavoilla.

Näyttääkin siltä, että näissä perheissä isät tarvitsevat erityistä, yksilöllistä ja ennakkoluulotonta tukea isyyteensä (myös Dubowitz ym. 2006). Tuen lähtökohtana voisi olla isyyden hyvään vointiin liittyvän merkityksen ymmärtäminen ja erilaisten isänä olemisen tapojen tunnistaminen erilaisissa elämäntilanteissa niin, ettei näitä isiä turhaan pidettäisi vastuuttomina ja huonoina isinä, vaan aidosti kuunneltaisiin heitä, ja ymmärrettäisiin erilaisia isänä olemisen tapoja.

### *Oman ja perheensä hyvän voinnin mahdollistaminen*

Äideille ja isille oli tärkeää usko omaan mahdollisuuksiinsa vaikuttaa omaan ja perheensä hyvään vointiin. Tähän liittyivät myös luottamus tulevaisuuteen ja siihen liittyvät suunnitelmat ja haaveet.

Uskallus elää omien arvojensa mukaan toi hyvää vointia äidille ja hänen perheelleen, mutta vaati äidiltä vahvaa itsetuntoa ja perheen ulkopuolelta tulevien paineiden kestämistä. Äidit kokivat syyllisyyttä omasta elämäntilanteestaan. Myös Averittin (2003) tutkimuksessa kodittomat äidit kokivat tulevansa leimatuiksi, jos heidän kodittomuutensa paljastui muille. He tunsivat tuskaa ja syyllisyyttä siitä, että he eivät pystyneet tekemään mitään lastensa eteen: edes vastaamaan heidän perustarpeisiinsa.

Vaikka tutkimukseen osallistuneet isät joutuivat turvautumaan ulkopuoliseen apuun, esimerkiksi yhteiskunnan taloudelliseen tukeen, heille oli tärkeää säilyttää oikeus olla oma itsensä ja kokemus oman elämänsä hallinnasta. Myös Williamsin (2007) mukaan isille, jotka kuuluivat alempaan sosiaaliluokkaan, oli tärkeää säilyttää kokemus oman elämänsä hallinnasta. Aikaisempaa tutkimusnäyttöä on myös alhaisen sosiaalisen statuksen aiheuttamasta stressistä, joka vähentää ihmisen kontrollia omaan elämäänsä (Marmot & Wilkinson (2001) ja saa tuntemaan itsensä muita ala-arvoisemmaksi (Wilkinson 2005).

Isille ruoka, sen laittaminen ja syöminen olivat tärkeä hyvää vointia tuottava nautinnon lähde. Ruuan avulla tuotetaan itselle ja läheisille hyvää oloa. Terveellinen ruokavalio saatetaan kokea huonona vaihtoehtona, jos se merkitsee ruuan tuottamasta nautinnosta luopumista. Tilastollisissa vertailuissa on noussut esiin matalatuloisuuden ja epäterveellisen ruuan yhteys ja se että miehet

syövät epäterveellisempää ruokaa kuin naiset (mm. Donkin ym. 2000, Lallukka ym. 2007, Helakorpi ym. 2010). Dabornin ja kumppaneiden (2005) laadullisen tutkimuksen mukaan taas epäterveellinen ruokavalio ei välttämättä liittynyt matalatuloisuuteen, tiedon puutteeseen tai terveellisen ruuan saatavuuteen. Vaikka rahan puute rajoitti valintoja, se ei sinänsä estänyt matalatuloisia miehiä syömästä hyvin, mikä tuli esiin tässäkin tutkimuksessa. Sen sijaan aikaisemmilla elämän kokemuksilla ja terveyteen liittyvillä yksilöllisillä uskomuksilla oli suuri merkitys ruuan valinnassa (Daborn ym. 2005). Ruuan yksilöllisen merkityksen ymmärtäminen erilaisissa elämäntilanteissa vahvistaa asiakkaan näkökulmasta mielekästä ja realistista ravinto- ja elintapaohjausta.

### *Perheiden hyvän voinnin tuki*

Erilaisten tukijärjestelmien asiakaskohtaamisissa on tärkeää, antavatko auttajat asiakkaille mahdollisuuden oman elämänsä hallintaan vai ei, ja miten tietoista auttajien toiminta tässä suhteessa on. Pelkonen ja Hakulinen (2002) ovat kuvanneet perheestä itsestään lähtevää voimaantumisprosessia asiakkaan omaan uskomusjärjestelmään perustuvana aktiivisena sisäisenä kasvuprosessina. Tietoisuus oli yksilön tietoisuutta omista vahvuuksista ja rajoituksista sekä omasta oikeudesta hallita henkilökohtaisia ja perheen asioita ja vaikuttaa niihin (Pelkonen & Hakulinen 2002).

Tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat sitä, että jos hoitotyöntekijä aidosti uskoo siihen että jokaisesta perheestä löytyy voimavaroja ja kykyä ratkaista omia ongelmiaan, perheiden itsensäkin on helpompi uskoa siihen. Jos taas hoitotyöntekijä pitää perhettä huonosti toimivana, eikä usko sen mahdollisuuksiin, se murentaa perheen uskoa selvitä ja johtaa omien voimavarojen, muutoskyvyn ja mahdollisuuksien aliarviointiin. Tämä aiheuttaa perheelle voimattomuuden tunnetta. (myös Feeley & Gottlieb 2000, Heimo 2002, Pelkonen & Hakulinen 2002.)

Äidit pitivät yllä omaa hyvää vointiaan yksilöllisten positiivisten ja negatiivisten selviytymiskeinojensa avulla, ottamalla omaa aikaa ja kääntämällä vaikeudet voitoksi. Myös Averitt (2003) havaitsi että kodittomilla, asuntolassa asuvilla esikouluikäisten lasten äideillä oli monia sekä negatiivisia että positiivisia selviytymiskeinoja: esimerkiksi uskonto tai aggressiivinen ja latistava käyttäytyminen muita kohtaan. Tupakka selviytymiskeinona tuli esiin myös Åstedt-Kurjen (1999) ja kumppaneiden tutkimuksessa. Äitien selviytymiskeinojen yksilöllisyyden tunnistaminen ja negatiivisten terveyttä uhkaavien asioiden kuten tupakanpolton tai aggressiivisen käyttäytymisen



merkityksen ymmärtäminen ovat haaste hoitotyöntekijöille, kun tavoitteena on vaikka elintapoihin vaikuttaminen tai yksilöllisen hyvän voinnin rakentumisen ymmärtäminen. Kun joku asia merkitsee ihmiselle selviytymiskeinoa, siihen vaikuttaminen hänen ulkopuoleltaan on vaikeaa, niin kauan kun merkitykset muuttuvat ja tilalle löytyy muita selviytymiskeinoja.

Äitien taito kääntää vaikeudet voitoksi viittaa samantyyppiseen ilmiöön, jota Averitt (2003) kuvaa kodittomien äitien sisäisenä vahvuutena ja sinnikkyyttenä, joita he ilmensivät huolimatta vaikeuksista, joita elämässään kohtasivat. Äitien taito arvostaa omia kokemuksiaan ja omaa elämäänsä vahvistaa itsetuntoa ja vaikeuksista selviytymistä. Hoitotyöntekijöiden aito kiinnostus asiakkaidensa aikaisemmista kokemuksista välittyy hoitosuhteessa ja tukee hyvää vointia. Toisen elämäkokemuksen kauhistelu ja surkuttelu voi sen sijaan murtaa sitä.

Tutkimuksessa kävi ilmi, että äidin oma ajan mahdollistuminen varsinkin pienten lasten perheissä ei aina onnistu ilman ulkopuolista tukea, varsinkaan perheissä, joissa äideillä ei ole läheisverkoston tukea. Äitien väsymisen ja uupumisen ennaltaehkäisemiseksi olisi tärkeää mahdollistaa heille riittävän ajoissa tukea yhteiskunnan toimesta esimerkiksi helpottamalla lastenhoitoavun saantia erityisesti niiden äitien kohdalla, jotka vastaavat arjesta perheensä ainoina aikuisina. Samaa ovat esittäneet omien tutkimustulostensa pohjalta myös Häggman-Laitila (2003) ja Häggman-Laitila ja Euramaa(2003).

Näille vähävaraisille perheille ja perheenjäsenille heidän perheen ulkopuolelta saamansa tuki merkitsi hyvän voinnin vahvistumista tai sen murtumista. He kokivat perheen ulkopuolelta tulevan tuen sekä arjessa hyvää oloa tuottavaksi että ristiriitaisia tunteita aiheuttavaksi. Myös muissa tutkimuksissa on kuvattu tukea, jolla voi olla positiivisia eli auttavia tai negatiivisia eli kuormittavia vaikutuksia suhteessa terveyteen ja hyvään vointiin (Åstedt-Kurki ym. 1999, Keating-Lefler ym. 2004, Attree 2004, 2005, 2006, Fingeld-Connett 2005, Fairbrother ym. 2005, Lewis ym. 2010, Atkins ym. 2010, Ridge 2011). Tuen tuottajien näkökulmasta on tärkeää tunnistaa, millaista tukea oma toiminta tuottaa, ja miten koettuun tuen laatuun voi vaikuttaa.

Äideille arjessa hyvää oloa tuottavan tuen kokemukset liittyivät monimuotoiseen, aineelliseen, henkiseen ja sosiaaliseen tukeen sukulaisilta ystäviltä ja läheisiltä. Läheisverkoston suppeus tai puuttuminen merkitsi yksinäisyyttä ja kaiken ulkopuolelle luisumisen kokemusta. Myös Keating-Leflerin ja kumppaneiden (2004) ja Sgarbossan ja Ford-Gilboen (2004) vähävaraisiin äiteihin kohdistuvien tutkimusten tulosten mukaan läheisiltä saatu tuki oli näiden äitien kohdalla yksi tärkeimmistä sosiaalisen tuen muodoista.

Tässä tutkimuksessa lasten isät tukivat äitien selviytymistä, silloin kun yhteys heihin oli säilynyt, toisin kuin Nyamathin ja kumppaneiden (1999) ja Sgarbossan ja Ford-Gilboen (2004) tutkimuksessa, joissa isät näyttäytyivät myös ristiriitojen aiheuttajina ja äidin voimien kuluttajina. Tukiverkoston yksilöllinen kartoittaminen on hyvä lähtökohta äitien ja perheiden terveyden edistämiseen ja tukemiseen.

Isät pyrkivät ylläpitämään hyvää vointiaan mm. käsittelemällä vaikeita asioita huumorin avulla ja hyödyntämällä ulkopuolista tukea. Huumori on todettu aikaisemmissakin tutkimuksissa erityisesti miesten keinoksi selviytyä vaikeiksi kokemistaan tilanteista. Williamsin (2009) mukaan huumori liittyi maskuliinisuuteen siten, että se kiinnitti huomion pois haavoittuvuudesta ja vahvisti normaalia miehisyyttä. Huumorin käyttäminen hyvän voinnin tukemisessa vaatii kuitenkin avointa luottamuksellista suhdetta auttajan ja autettavan välillä.

Viralliselta järjestelmältä saatuun tukeen liittyi ristiriitaisuutta. Äitien negatiiviset kokemukset liittyivät huonoon kohteluun, avun antajan ja avun tarvitsijan kohtaamattomuuteen, arvottomuuden tunteen vahvistumiseen sekä kokemukseen siitä, ettei saanut apua. Keating-Lefler ja kumppanit (2004, ks. myös Attree 2005) toivat myös esiin vähävaraisten äitien negatiivisen tuen kokemuksina epäkunnioittavan kohtelun ja systeemin toimimattomuuden. Negatiiviset kokemukset palvelujärjestelmässä saattoivat lamauttaa äidin ja pahentaa perheen tilannetta entisestään. Äitien elämäntilannetta ei otettu riittävästi huomioon ohjauksessa ja neuvonnassa ja saatu ohjaus koettiin epärealistiseksi suhteessa arkipäivään. Samansuuntaisia tuloksia perheiden saamasta ohjauksesta ovat esittäneet mm. Kääriäinen ja Kyngäs (2005) ja Sirviö (2006). Garveyn ja kumppaneiden (2006) tulosten mukaan matalapalkkaiset äidit osallistuivat heille tarkoitettuun, vanhemmuutta tukevaan projektiin huonosti, koska he kokivat, ettei se kohtaa heidän arkielämäänsä. Tutkimustulokset tukevat sitä, että hoitotyöntekijöiden erilaisissa elämäntilanteissa elävien perheiden arkielämän tunteminen on edellytys tulokselliseen työskentelylle perheiden terveyden edistämisessä.

Myös isillä oli sekä hyviä että huonoja kokemuksia sosiaali- ja terveyspalveluista. Aikaisempien tutkimustulosten perusteella tiedetään, että vähävaraisten ryhmään kuuluvien asiakkaiden on vaikea saada terveyspalveluja, ja että heillä on myös usein suuri riski kuulua huonosti kohdeltujen ja ns. hankalien asiakkaiden ryhmiin heille kasautuvien ongelmien vuoksi (mm. Galdas ym. 2005, Wamala ym. 2007, Prättälä 2007). Isät kuvasivat tässä tutkimuksessa samantapaisia huonoja kokemuksia terveydenhuollosta, mitä matalatuloiset asiakkaat kuvasivat Wetta-Hall:n ja kumppaneiden (2005) tutkimuksessa matalatuloisten potilaiden kokemuksia asiakkuudestaan

päivystys-osastoilla. Useat potilaat halusivat kunnioittavampaa kohtaamista ja selkeämpiä ohjeita (myös Kayaniyl ym. 2008).

Tähän tutkimukseen osallistuneilla perheenjäsenillä oli myös kokemuksia siitä, että sosiaali- ja terveysviranomaiset ottivat asiakkaan päätösvallan itselleen ja sanoivat kuinka heidän tuli elää. Attreen (2005) ja Porrin (2006) mukaan vähävaraiset asiakkaana tuntuvat olevan erityisen herkkiä antamaan pois oman päätösvaltansa, mikä johtaa helposti passivoitumiseen. Kun halutaan tukea sellaisten asiakkaiden terveyttä, joilla on vähäiset voimavarat selviytyä ja joille ongelmat kasautuvat, on perusteltua vahvistaa heidän itsetuntoaan ja itsemääräämisoikeuttaan, jotta he pystyisivät paremmin terveyteen liittyvään itseohjautuvuuteen ja päätöksen tekoon (myös Becker ym. 2004).

Äidit eivät uskaltaneet puhua kaikista ongelmistaan neuvolassa, koska siellä heidän mielestään piti näytellä onnellista perhettä. Erityisen vaikeaa äideille oli tuoda esiin omia ongelmiaan. Tämä tulos tukee neuvolan toimintaan liittyvien tutkimusten tuloksia, joissa on havaittu, että vaikka neuvolassa halutaankin aidosti auttaa, eivät avun laatu ja avun tarve aina kohtaa, etenkin erityistä tukea tarvitsevien äitien kohdalla (Heimo 2002, Viljamaa 2003, Häggman-Laitila & Euramaa 2003). Neuvolassa korostuu lapsikeskeisyys, joka saattaa estää vanhemmuuden tukemista ja asiakkaat myös hyväksyvät herkästi asiantuntijuuden, passivoituvat ja toimivat rooliodotusten mukaisesti (Sirviö 2006).

Hoitotyössä on tavoitteena eri tavoin tukea ja edistää ihmisten ja perheiden terveyttä. Tutkimuksen tulokset antavat viitteitä siitä, että erilaisten ja erilaisissa elämäntilanteissa elävien perheiden arjen tunteminen ja arjesta nousevien merkitysten ymmärtäminen on tärkeää, kun halutaan tukea lapsiperheiden hyvää vointia niiden omista lähtökohdista käsin. Terveiden edistämisessä ja elämäntapoihin vaikuttamisessa on tärkeämpää paneutua perheenjäsenten yksilöllisen ja elämäntilanteen mukanaan tuomiin hyvän voinnin erilaisiin merkitysrakenteisiin kuin lähteä yleisestä tiedosta hyvästä terveydestä. Jos perheillä on vaikeuksia perustarpeiden tyydyttämisessä, on ymmärrettävää, että hänelle on merkityksellisempää selviäminen tästä päivästä ja huomista kuin vaikkapa terveyden edistäminen pitkälle tulevaisuuteen liittyvine vaikutuksineen (myös Garvey ym. 2006). On myös tärkeää, että hoitotyöntekijät saavat tietoa marginaalisista ryhmistä, heidän vahvuuksistaan ja selviytymisestään liittyen hyvään vointiin ja sen edistämiseen ymmärtääkseen, miten autettavat kokevat auttajan antaman avun, ja millaista apua autettava uskoo itse tarvitsevänsä.

### 6.3 Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu

Tässä tutkimuksessa kuvaan vähävaraisten lapsiperheiden perheenjäsenten yksittäisiä ja yhteisiä hyvään vointiin liittyviä kokemuksiin sisältyviä merkityksiä. Laadullisessa tutkimuksessa, missä tutkimusjoukko on pieni, ei pyritä empiiriseen vaan teoreettiseen yleistettävyyteen ja tuloksia voidaan käyttää ymmärryksen lisäämiseen tutkittavasta ilmiöstä (Whitehead 2004). Kokemuksen tutkimisen haasteena on toisen ihmisen kokemuksen konstruktion ja tutkijan siitä tekemän rekonstruktion luotettavuus (Perttula 2006). Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta pyritään arvioimaan sen lähtökohtiin sopivilla arviointikriteereillä (Perttula 1995, Latomaa 2006, Kylmä ja Juvakka 2007). Tarkastelen tutkimukseni luotettavuutta aluksi Wittin ja Ploegin (2006) kehittämien hermeneuttiseen fenomenologisen tutkimukseen soveltuvien luotettavuuskriteerien avulla.

Witt ja Ploeg (2006) esittävät että keskeisiä tutkimusprosessiin liittyviä kriteereitä ovat: tutkimusprosessin tasapainoinen eteneminen, mikä tarkoittaa tutkimusmetodin ja siihen liittyvän filosofisen tausta-ajattelun yhtenevyyttä tutkimuksen tuloksiin ja tiedonantajien äänen kuulumiseen, ja tutkimusprosessiin avoimuus. Tutkimustuloksiin liittyviä kriteereitä ovat konkreettisuus, joka liittyy tutkimuksen tulosten käytännön hyödyn osoittamiseen ja tulosten todenmukaisuus eli se tutkimustulosten realisoitumiseen tulevaisuudessa (Witt de & Ploeg 2006). Filosofisen tausta-ajattelun, tutkimusmetodin ja tiedonantajien äänen väliseen tasapainoon pyrin kiinnittämällä huomiota tutkimusmetodini ja siihen liittyvän filosofisen tausta-ajattelun yhtenevyyteen ja tiedonantajieni äänen kuulumiseen läpi tutkimusprosessin. Avoimuuteen pyrin kuvaamalla tutkimusraportissa päätöksentekoa tutkimusprosessin kuluessa ja tulosten muotoutumista analyysin vaiheiden kautta. Pohdin raportissa myös tutkimustulosteni konkreettista hyötyä hoitotyön käytännölle, koulutukselle ja tutkimukselle.

Fenomenologisen tutkimuksen luotettavuuteen liittyy myös tutkimusprosessin kontekstisidonnaisuus eli miten hyvin se todellisuus, missä tiedonantajat elävät on pystytty ottamaan huomioon tulosten tulkinnassa. (Witt de & Ploeg 2006, Ryan-Nicholls & Will 2009, Polit & Beck 2010). Tämän arvioinnin olen pyrkinyt mahdollistamaan lukijalle kuvaamalla tutkimusraportissani tiedonantajia ja heidän taustojaan. Kuvauksen tasoa miettiessäni olen joutunut etsimään eettisesti kestäväntä ratkaisua liittyen tiedonantajien tunnistettavuuteen (Whitehead 2004).

Olen koko tutkimusprosessin ajan pohtinut ja perustellut tekemiäni ratkaisuja ja niiden johdonmukaisuutta sekä pitänyt mielessäni omat rajoitukseni toisen kokemustiedon tulkinnassa (Whitehead 2004, Latomaa 2006, Witt de & Ploeg 2006). Sulkeistaminen eli tutkijan omien

esioletusten tunnistaminen ja poissulkeminen sekä mielikuvatasolla tapahtuvan muuntelun systemaattisuus vaikuttavat tutkimuksen luotettavuuteen. Sulkeistamisessa, käytin apunani tutkijan päiväkirjaa koko tutkimusprosessin ajan sekä keskusteluja vanhemman tutkijan ja tutkijakollegoiden kanssa tunnistaakseni omat ennakkoluuloni ja oletukseni ja erottaakseen ne aineistonanalyysia tehdessäni ja tuloksia muodostaessani tiedonantajien näkemyksistä (vrt. Whitehead 2004, Parsons 2010). Tulosten raportoinnissa pyrin loogisuuteen, selkeyteen ja riittävien autenttisten lainausten käyttöön lukijan tulosten luotettavuuden arvioinnin helpottamiseksi (Whitehead 2004, Parsons 2010). Tutkimusraportissa esitetyt suorat lainaukset esitin tekstissä niin että perheenjäsenten oma ääni tulee niissä kuuluville ilman tutkijan tulkintaa (vrt. Sandelowski 1998).

Tiedonantajien joukko tässä tutkimuksessa oli hyvin heterogeeninen. Tiedonantajiani yhdistivät vähävaraisuus ja se, että perheessä on alle 16-vuotias lapsi tai lapsia. Tuloksena saatu merkitysrakenteiden kuvaus on rakennettu niin, että se kuvaa olennaiset merkitykset, jotka liittyvät näiden perheiden hyvään vointiin ja auttaa ymmärtämään heidän maailmaansa. Fenomenologisessa tutkimuksessa tavoitteena ei ole otoksen edustavuus vaan se, että tiedonantajilla on kokemusta tukittavasta ilmiöstä, ja että saadaan kerättyä rikas aineisto. Tällöin suuri variaatio aineistossa, saatiinhan mukaan hyvin erilaisia lapsiperheitä, saattaa olla eduksi (vrt. Whitehead 2004).

Haastattelutilanteet pyrin pitämään luotettavana ja turvallisenä, jotta tiedonantajien olisi helppo tuoda esiin erilaisia kokemuksiaan. Koin onnistuneeni tässä, koska tiedonantajat kertoivat avoimesti vaikeistakin kokemuksistaan. Osassa haastattelutilanteista olivat läsnä perheen aikuiset ja lapset, mikä saattoi häiritä vaikeiden asioiden esille ottamista ja vahvistaa onnellisuusfasadin ylläpitoa (vrt. Åstedt-Kurki ym. 2001, Tong 2007). Lasten äänen kuuleminen ei onnistunut tässä tutkimuksessa kovin hyvin, koska vanhemmat veivät perhehaastattelussa eniten tilaa, eikä sitä jäänyt omasta yrityksestäni huolimatta lapsille paljoakaan. Lasten kokemukset omasta ja perheen hyvästä voinnista kaipaavat lisätutkimusta ja syvemmän tiedon saamiseksi mahdollisesti toisenlaisen tiedonkeruu menetelmän käyttöä (Okkonen ym. 2007). Erilaisten sosiaalisten ja ekonomisten lähtökohtien tuomia ymmärtämisen esteitä tutkijan ja tiedonantajien välillä, joita mm. Averitt (2003) on tuonut esiin, en haastattelutilanteissa havainnut. Tiedonantajat pitivät tärkeänä että heitä kuunneltiin ja heidän kanssaan keskusteltiin heidän tärkeinä pitämistään asioista (vrt. Averitt 2003).

Analyysin etenemistä kuvaan, kuten fenomenologisessa tutkimuksessa luotettavuuden todentamiseksi oletetaan, mahdollisimman tarkasti (mm. Houck & Kodadek 2001, Whitehead 2004, Parsons 2010). Tein itse haastattelut, aukikirjoitin ne ja näin varmistin, että pystyin analyysin

edetessä palaamaan helposti alkuperäiseen, itselleni hyvin tuttuun aineistoon ja varmistamaan, ettei tulkinnassa syntynyt ristiriitaisuutta alkuperäisen aineiston ja tulkinnan välillä. Tulkinnan pidin mahdollisimman avoimena etsimällä mielikuvamuuntelun avulla useita mahdollisia tulkintavaihtoehtoja, jotta pääsisin mahdollisimman luotettavaan ja alkuperäisaineistolle uskolliseen lopputulokseen (vrt. Whitehead 2004). Analyysivaiheen tuloksia en palauttanut tiedonantajien arvioitaviksi. Tutkijoiden keskuudessa on kiistanalaista lisäisikö analyysin tulosten palauttaminen fenomenologisen tutkimuksen luotettavuutta (Tong 2007, Flinck & Åstedt - Kurki 2009, Bradbury-Jones ym. 2010, Norlyk & Harder 2010).

Tiedonantajaryhmän ”näkymättömyys” ja huono saavutettavuus vaikeuttivat erilaisten aineistonkeruumenetelmien (haastattelujen lisäksi kyselylomakkeet, osallistuva havainnointi) eli aineistotriangulaation käyttöä, mikä olisi rikastuttanut aineistoa (Flinck & Åstedt-Kurki 2009). Tutkimuksen luotettavuus voi kärsiä siitä, että fenomenologisessa lähestymistavassa on valittu tiedonkerääminen myös usealta perheenjäseneltä yhtä aikaa (Webb & Kevern 2001). Tutkimustehtävän mukaisesti tässä on oltu kuitenkin kiinnostuneita sekä perheenjäsenten yksittäisistä että yhteisistä kokemuksista, ja tavoitteena on ollut saada rikas aineisto myös perheenjäsenten yhteisten pohdintojen kautta (vrt. Bradbury-Jones ym. 2009).

Vaikka fenomenologisessa tutkimuksen tuloksia ei ole tarkoitus yleistää mihinkään ihmisryhmään, koska kohteena ovat yksittäisten ihmisten kokemukset, niistä voidaan kuitenkin löytää samankaltaisuuksia, joita voidaan kuvailla käsitteellisesti yleisellä tasolla. Latomaa (2006) puhuu yksilökohtaisesta yleistämisestä, yleistämisestä tutkimusjoukkoon ja teoreettisesta yleistämisestä. Voidaan kysyä onko aineisto ollut riittävä, jotta voidaan väittää jotain tutkittavan ja tutkittavien kokemuksesta yleisellä tasolla (Whitehead 2004, Perttula 1995, Latomaa 2006). Tässä tutkimuksessa litteroitua aineistoa kertyi 499 litteroitua sivua ja tutkimuksen aineistosta saatiin muodostettua kuvaus tutkimukseen osallistuneiden vähävaraisten perheiden hyvästä voinnista ja sen tukemisesta

Toisen ihmisen kokemusta ei koskaan pysty täysin ymmärtämään, eikä mikään tulkinta siitä ole toista parempi (Oiler Boyd 2001, Whitehead 2004, Rolfe 2006). Laadullisen tutkimusotteen valinnalla yritin tavoittaa tiedonantajia, joita oli usein ollut vaikea saada mukaan suuriin tilastollisiin otoksiin (Nelson 2004). Tutkimuksessa kuvattiin tutkimukseen osallistuneiden vähävaraisten lapsiperheiden hyvään vointiin liittyvä merkitysrakenne ja tietoa voidaan hyödyntää yleisen tason esimerkkinä suomalaisten vähävaraisten lapsiperheiden hyvään vointiin liittyvistä merkityksistä.

### 6.3 Tutkimustulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotukset

Tämän tutkimuksen tulokset keskittyvät taloudellisissa vaikeuksissa elävien perheiden hyvään vointiin ja siihen liittyviin merkityksiin. Ymmärrys vähävaraisten lapsiperheiden arjesta auttaa hoitotyöntekijöitä kehittämään valmiuksiaan monialaiseen yhteistyöhön riskioloissa elävien perheiden tukemiseksi sekä sosiaalisen näkökulman huomioimiseen työssään. Kun tiedämme enemmän asiakkaidemme elämän olosuhteista ja heidän arjestaan sekä niihin liittyvien kokemusten synnyttämistä merkityksistä, ymmärrämme paremmin heidän terveyteen liittyviä valintojaan ja tuen tarpeitaan, ja voimme kehittää kohdallisia ja perhelähtöisiä menetelmiä näihin tarpeisiin vastaamiseen.

Tutkimustulokset vahvistavat lapsiperheiden sosioekonomisen tilanteen yksilöllisten merkityksen ymmärtämisen tärkeyttä perheen terveyttä tuettaessa. Tutkimustuloksena syntynyttä vähävaraisen perheen hyvän voinnin merkitysrakennetta voidaan hyödyntää, kun halutaan hoitotyön keinoin vähentää sosioekonomisten terveyserojen syntymistä. Tunnistamalla yhdessä perheen ja perheenjäsenten kanssa hyvään vointiin liittyviä merkityksiä voidaan kehittää aidosti asiakaslähtöistä ja perheen omat voimavarat huomioivaa tukea. Perheiden hyvän voinnin tukeen liittyvien merkitysrakenteiden tunnistaminen lisää valmiuksia vähentää mahdollista sosioekonomiseen asemaan liittyvä syrjintää hoitotyön käytännöissä.

*Hoitotyön käytännössä* tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää erilaisissa olosuhteissa elävien perheiden hyvän voinnin tukemisessa. Vaikka vähävaraisten perheenjäsenten näkemykset omasta ja perheensä hyvästä voinnista eivät eroakaan merkittävästi muista perheistä, keinot joilla heitä voidaan tukea, saattavat olla erilaisia. Heidän avuntarpeensa ja toisaalta myös voimavaransa voivat olla vaikeammin hoitotyöntekijöiden tunnistettavissa heidän elämäntilanteisiinsa liittyvien kokemusten synnyttämien merkitysrakenteiden erilaisuuden vuoksi.

Erilaisten perheiden ja perheenjäsenten arkeen liittyvän terveyden, arjen sujumisen, mielekkään tekemisen ja muiden hyvään vointiin liittyvien merkitysten tunnistaminen helpottaa perhelähtöistä työskentelyä ja auttaa ymmärtämään perheiden erilaisia lähtökohtia hyvään vointiin. Perheet ja perheenjäsenet yksilölliset ja yhteiset hyvän voinnin ylläpitokeinot saattavat olla ristiriidassa terveyteen liittyvän objektiivisen tiedon kanssa. Tämä ristiriita, jos se jää tunnistamatta, voi estää hoitotyöntekijän ja perheen yhteisen tavoitteen löytymisen perheen terveyden tukemisessa.

Tutkimuksessa tuotettu tietoa voidaan hyödyntää terveyteen liittyvää eriarvoisuutta vähentävän hoitokulttuurin luomisessa. Varallisuuden merkitys ihmisen elämässä vaihtelee, eikä ole useinkaan ulkoapain määriteltävissä. Rahattomuus luo kuitenkin paineita arkipäivästä selviytymiseen, rajoittaa näiden perheiden hyvää vointia monella tavalla ja luo haasteita hyvän voinnin tukemiselle. Tueksi tarkoitetun toiminnan saamien erilaisten merkitysten ymmärtäminen auttaa kehittämään hyvää vointia vahvistavia hoito- ja toimintakäytänteitä ja tunnistamaan hoitamisen kulttuuriin liittyviä tukea murtavia piirteitä. Auttajan kunnioittava ja ihmisarvoa säilyttävä suhtautuminen on merkittävä, kaikille perheille tärkeä voimavara. Tutkimustulokset vahvistavat jo aikaisemminkin havaittua (mm. Coker 2009) vähävaraisten tai muuten riskiolosuhteissa elävien perheiden ja perheenjäsenten mukaan ottamisen tärkeyttä suunniteltaessa heille heidän arjessaan mielekästä ja merkityksellistä, perheen terveyttä ja hyvää vointia tukevaa toimintaa. Tutkimuksen tulokset viittaavat siihen että vaikka perheiden terveyteen liittyy yksilön hyvä vointi, myös koko perheen kollektiivisesta kokemuksesta syntyneet yhteiset ja erilliset merkitykset on tärkeää ottaa huomioon perheen hyvän voinnin tukemisessa.

*Hoitotyönkoulutuksessa* tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä hoitotyön opetussuunnitelmaan näkökulmaa syvemmän ymmärryksen saavuttamiseksi terveyteen liittyvästä sosiaalisesta kontekstista ja muuttuvista sosiaalisista olosuhteista. Opiskelijat tarvitsevat mahdollisuuksia ymmärtää ja tunnistaa terveyteen liittyviä sosiaalisia muuttujia ja harjoitella niihin vaikuttamista erilaisissa oppimisympäristöissä. Hoitotyöntekijöiden roolin vahvistaminen jo koulutuksessa terveyden eriarvoisuuden vähentämisessä, vaikeissa elämäntilanteissa olevien perheiden tukemisessa ja yhteiskunnasta syrjäytymiseen johtavan kielteisen kehän syntymisen estämisessä ja katkaisemisessa on tärkeää. Ymmärrys vähävaraisten lapsiperheiden arjesta ja heidän hyvän vointinsa erilaisista merkityksistä auttaa hoitotyönopiskelijaa kehittämään valmiuksiaan monialaiseen yhteistyöhön riskioloissa elävien perheiden tukemiseksi sekä sosiaalisen näkökulman huomioimiseen tulevassa työssään.

Tämän tutkimuksen tulosten näkökulmasta syrjäytymisuhan alla elävät vähävaraiset perheet tarvitsevat yksilöllistä, sosiaaliset ja taloudelliset tekijät huomioivaa, sukupuolisensitiivistä, realistista ja perheiden arkipäivästä lähtevää tukea hyvään vointiin. Tähän on myös panostettava hoitotyön koulutuksessa vahvistamalla sellaista tulevien hoitotyöntekijöiden kulttuurikompetenssia, jonka kehittäminen tuo parempaa ja tasa- arvoisempaa palvelua vaikeissa elämän tilanteissa oleville asiakkaille (myös Wetta-Hall ja kumppanit 2005).



Tehokkaiden ja näyttöön perustuvien terveyden eriarvoisuutta vähentävien toimintamallien kehittäminen asettaa haasteita myös *hoitotyön tutkimukselle*. Suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa on toistaiseksi kiinnitetty varsin vähän huomiota sosioekonomisiin eroihin ja niiden terveyteen ja hyvään vointiin liittyviin merkityksiin. Terveyden epätasa-arvon vähentäminen on maailman laajuisestikin tärkeä tavoite. Reutterin ja Kushnerin (2010) mukaan terveyden epätasa-arvoon liittyy oleellisesti myös se miten tämä eriarvoisuus koetaan.

Tässä tutkimuksessa vähävaraisten perheiden terveyteen ja hyvään vointiin liittyvien merkitysrakenteiden kuvaaminen tuotti tietoa siitä, millaisia terveyteen ja hyvään vointiin liittyviä tarpeita näillä perheillä on heidän arjessaan. Suomalaisten vähävaraisten lapsiperheiden terveyttä ei ole aikaisemmin tutkittu hyvän voinnin näkökulmasta. Tulokset osoittavat, että laadullisen tutkimuksen keinoin voidaan tuottaa tietoa vähävaraisten perheiden ja perheenjäsenten arkeen liittyvistä merkityksistä hoitotyön toiminnan kehittämiseksi.

Tehokkaiden terveyden epätasa-arvoa vähentävien toimintamallien kehittämiseksi tarvitaan jatkossa yhteisölähtöisyyttä painottavaa tutkimusta, joka tähtää interventioiden kehittämiseen ja konkreettisten ratkaisujen löytämiseen. Terveyden eriarvoisuuden vähentämiseen liittyvän hoitotyön tietopohjan laajentamiseksi tarvitaan myös erilaisia tutkimuksellisia lähestymistapoja ja yhteistyötä monialaisissa tutkimusprojekteissa sekä sosiaaliseen näkökulman selkeyttämistä hoitotyössä. Vaikka hoitotyöntekijöillä näyttäisi tämän ja aikaisempien tutkimusten (mm. Becker ym. 2004, Reuter ja Kushner 2010) tulosten perusteella olevan suhteellisen hyvät mahdollisuudet vaikuttaa vähävaraisten lapsiperheiden hyvään vointiin tunnistamalla perheiden taloudellisen tilanteen yhteys perheen terveyteen, tukemalla näitä perheitä asiakaslähtöisesti ja välittämällä päättäjille tietoa perheiden arjen todellisuudesta, tarvitaan arviointitutkimusta siitä, miten hoitotyöntekijät käyttävät mahdollisuuksiaan.

Myös sukupuolen huomioon ottaminen ja isyyden merkityksen ymmärtäminen perheen ja perheenjäsenten hyvän voinnin näkökulmasta on asiakaslähtöisessä toiminnassa tärkeää. Sosiologinen ja monialainen isyystutkimus keskittyvät usein enemmän isyyteen liittyviin ongelmiin kuin isyyden positiivisiin puoliin (Kearney ym. 2000; Mykkänen & Aalto 2010). Tutkimuksen tulokset osoittivat että näillä vaikeassa taloudellisessa ja stressaavassa elämäntilanteissa elävillä isillä oli voimavaroja ja yksilöllisiä hyvän voinnin edistämiskeinoja. Erilaisten perhemuotojen ja perheen taloudellisten ongelmien vaikutuksista erityisesti isien arjen hyvään vointiin kaivataan lisää tietoa, tähän ovat kiinnittäneet huomiota myös Mykkänen ja Aalto (2010) raportissaan isyyden tutkimuksesta Suomessa.

Vähävaraisuuden kokemusta on syytä tutkia myös lasten näkökulmasta. Tutkimustietoa tarvitaan erityisesti vähävaraisissa perheissä elävien lasten hyvästä voinnista, sillä lapset, kuten tämänkin tutkimuksen tuloksissa kävi ilmi, ovat hyvin herkkiä vanhempiensa vähävaraisuuteen liittyvien yksinäisyyden ja häpeän tunteille ja piilottavat omia tarpeitaan ollakseen lisäämättä vanhempiensa stressiä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) 2012–2015 (STM 2012) yhtenä tavoitteena on vahvistaa terveysalan ammattihenkilöstön valmiuksia ehkäistä ja vähentää lasten ja nuorten sosioekonomisia terveyseroja. Tavoitteen saavuttamiseksi tarvitaan lisää hoitotieteellistä ja monitieteistä tutkimustietoa vähävaraisten perheiden terveydentasa-arvoa edistävien, yhteisten toimintamallien kehittämiseksi.

## LÄHTEET

Airio I & Niemelä M. 2009. Perhetaustan yhteys aikuisiän köyhyyteen Suomessa 1995-2005. *Sociologia* 46 (1), 3-19.

Airio I. 2008. Change of norm? In-work poverty in a comparative perspective. *Studies in social security and health* 92. Kela. Research Department. Helsinki

Anderson EA, Kohler JK & Letiecq BL. 2005. Predictors of depression among low-income, nonresidential fathers. *Journal of Family Issues* 26 (5), 547-567.

Andersson K & Tomlison P. 1992. The family health system as an emerging paradigmatic view for nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 24 (1), 57-63.

Artinian NT. 1999. Selecting a model to guide family assessment. Teoksessa Wegner G & Alexander R. (toim.) *Readings in Family Nursing*. Lippincott, Philadelphia, 447-460.

Armanto, Annukka & Koistinen, Paula. 2007. *Neuvolatyön käsikirja*. Tammi.

Aston M, Meagher-Stewart D, Sheppard-Lemoine D, Vukic A & Chircop A. 2006. Family health nursing and empowering relationships. *Pediatric Nursing* 32 (1), 61-67.

Atkins R, Bluebond-Langner M, Read N, Pittsley J & Hart D. 2010. Adolescents as health agents and consumers: results of a pilot study of the health and health-related behaviors of adolescents living in a high-poverty urban neighborhood. *Journal of Pediatric Nursing* 25 (5), 382-392.

Attree P. 2004. Growing up in disadvantage: a systematic review of the qualitative evidence. *Child: Care, Health & Development* 30(6), 679-689.

Attree P. 2005. Parenting support in the context of poverty: a meta-synthesis of the qualitative evidence. *Health and Social Care in the Community* 13(4), 330-337.

Attree P. 2006. The social costs of child poverty: a systematic review of the qualitative evidence. *Children & Society* 20(1), 54-66.

Averit S. 2003. "Homelessness is not a choice" The plight of homeless women with preschool children living in temporary shelters. *Journal of Family Nursing* 9(1), 79-100.

Baggaley S & Kean S. 1999. Health visitors as family nurses: a discussion of research, policy and practice in the United Kingdom. *Journal of Family Nursing* 5(4), 388-403.

Baumann SL. 2006. The researcher-person-family process. *Nursing Science Quarterly* 19(1), 14-18.

Becker J, Kovach A & Gronseth D. 2004. Individual empowerment: how community health workers operationalize self-determination, self-sufficiency, and decision-making abilities of low-income mothers. *Journal of Community Psychology* 32(3), 327-342. Published online in Wiley Inter Science ([www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)).

Beeber L, Holditch.Davis D, Belyea, Funk S & Canuso R. 2004. In-home intervention for depressive symptoms with low-income mothers of infants and toddlers in the United States. *Health Care for Women International*. 25(6):561-580.

Berne A, Dato C, Mason D & Rafferty M.1999. A nursing model for addressing the health needs of homeless families. Teoksessa Wegner G & Alexander R. (toim.) *Readings in Family Nursing*, Lippincott, Philadelphia, 83-95.

Berntsson LT, Köhler L & Gustafsson J-E. 2001. Psychosomatic complaints in schoolchildren: a Nordic comparison. *Scandinavian Journal of Public Health* 29(1), 44-54.

Bilinski HN, Duggleby W & Rennie D.2010. The meaning of health in rural children: a mixed methods approach. *Western Journal of Nursing Research* 32(7), 949-966.

Bondas T. 2000. Att vara med barn: en vårdvetenskaplig studie av kvinnors upplevelser under perinatal tid. Doktorsavhandling i vårdvetenskap. Åbo Akademi University, Turku.

Borström G & Rosén M. 2003. Measuring social inequities in health- politics or science? *Scandinavian Journal of Public Health* 31(3), 211-215.

Bostock L. 2001. Pathways of disadvantage? Walking as a mode of transport among low-income mothers. *Health and Social Care in the Community* 9(1), 11-18.

Bradbury- Jones C, Sambrook S & Irvine F. 2009. The phenomenological focus group: an oxymoron? *Journal of Advanced Nursing* 65(3), 663-671.

Bradbury-Jones C, Irvine F & Sambrook S. 2010. Phenomenology and participant feedback: convention or contention? *Nurse Researcher* 17(2), 25-33.

Brophy-Herb HE, Gibbons C, Omar MA & Schiffman RF.1999. Low-income fathers and their infants: interactions during teaching episodes. *Infant Mental Health Journal* 20, 305-321.

Bull S, Eakin E, Reeves M & Riley K. 2006. Multi-level support for physical activity and healthy eating. *Journal of Advanced Nursing* 54(5), 585-593.

Bulpitt H & Martin PJ. 2010. Who am I and what am I doing? Becoming a qualitative research interviewer. *Nurse Researcher* 17(3), 7-16.

Campaign 2000, 2005. <http://www.campaign2000.ca/Ontario/reportcards.html>, Luettu 15.5.2012.

Campbell-Grossman C, Brage Hudson D, Keating-Lefler R & Ofé Fleck M. 2005. Community leaders' perceptions of single, low-income mothers' needs and concerns for social support. *Journal of Community Health Nursing* 22(4), 241- 257.

Canong L & Coleman M.1999. Effects of family structure information on nurses' impression formation and verbal responses. Teoksessa Wegner G & Alexander R. (toim.) *Readings in Family Nursing*, Lippincott, Philadelphia, 259 -278.

Case A, Lee D & Paxson C. 2008. Comments and replies the income gradient in children's health: A comment on Currie, Shields and Wheatley Price *Journal of Health Economics* 27, 801-807.

- Cohen BE & Reutter L. 2007. Development of the role of public health nurses in addressing child and family poverty: a framework for action. *Journal of Advanced Nursing* 60(1), 96-107.
- Cohen MZ, Kahn DL & Steeves RH. 2000. How to Analyze the Data. Teoksessa: Cohen MZ, Kahn DL & Steeves RH. (toim.) *Hermeneutic phenomenological research: a practical guide for nurse researchers, methods in nursing research*. Sage, California, 71-83.
- Coker TR, Chung PJ, Cowgill BO, Chen L & Rodriguez MA. 2009. Low-Income Parents' Views on the Redesign of Well-Child Care. *Pediatrics* 124(1), 194-204.
- Conger RD & Donnellan MB. 2007. An interactionist perspective on the socioeconomic context of human development. *Annual Review of Psychology* 58, 175-99.
- Cook K, Davis E & Davies B. 2008. Discrepancy between expected and actual child support payments: predicting the health and health-related quality of life of children living in low-income, single-parent families. *Child: care, health and development* 34(2), 267-275.
- Council of the European Union 2010, The Social Protection Committee: Permanent Representatives Committee (Part I) / Council (EPSCO), Europe 2020 Strategy- SPC Contribution.  
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=750> 2.1.2012
- Cowan CP, Cowan PA, Pruett MK & Pruett K. 2007. An approach to preventing coparenting conflict and divorce in low-income Families: strengthening couple relationships and fostering fathers' involvement. *Family Process* 46(1), 109-121.
- Cowley S & Billings JR. 1999. Resources revisited: salutogenesis from a lay perspective. *Journal of Advanced Nursing* 29(4), 994-1004.
- Currie A, Shields MA & Price SW. 2007. The child health/family income gradient: evidence from England. *Journal of Health Economics* 26(2), 213-232.
- Daborn C, Dibsall L, Lambert N. 2005. Understanding the food related experiences and beliefs of a specific group of low-income men in the UK. *Health Education* 105(2), 109-125.
- Denham SA. 1999. Family health in an economically disadvantaged population. *Journal of Family Nursing* 5(2), 184-213.
- Denham SA. 2002. Family routines: a structural perspective for viewing family health. *Advances in Nursing Science* 24(4), 60-74.
- Denham SA. 2003a. Familial research reveals new practice model. *Holistic Nursing Practice* 17(3), 143-151.
- Denham S. 2003b. *Family Health, a Framework for Nursing*. F.A. Davis, Philadelphia.
- Donalek JG. 2009. The family research interview. *Nurse Researcher* 16(3), 21-28.
- Donkin AJM, Dowler EA, Stevenson SJ & Turner SA. 2000. Mapping access to food in a deprived area: the development of price and availability indices. *Public Health Nutrition* 3(1), 31-8.

- Dowling M. 2007. From Husserl to van Manen. A review of different phenomenological approaches. *International Journal of Nursing Studies* 44 (1), 131-142.
- Dubowitz H, Lane W, Greif GL, Jensen TK & Lamb ME. 2006. Low-income African American fathers' involvement in children's lives: implications for practitioners. *Journal of Family Social Work* 10(1), 25-41.
- Eggenberger SK & Nelms TP. 2007. Family interviews as a method for family research. *Journal of Advanced Nursing* 58(3), 282-292.
- Endo E, Nitta N, Inayoshi M, Saito R, Takemura K, Minegishi H, Kubo S & Kondo M. 2000. Pattern recognition as a caring partnership in families with cancer. *Journal of Advanced Nursing* 32 (3), 603-610.
- Ensign J. 2003. Ethical issues in qualitative health research with homeless youths. *Journal of Advanced Nursing* 43(1), 43-50.
- Eriksson K, Lindström UÅ, Bondas T, Lindholm L, Kasén A & Matilainen D. 2002. Den vårdvetenskapliga forskningstraditionen vid Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. *Hoitotiede* 14(6), 307-315.
- Eriksson K, Isola A, Kyngäs H, Leino-kilpi H, Lindström UÅ, Paavilainen E, Pietilä A-M, Salanterä S, Vehviläinen-Julkunen K & Åstedt-Kurki P. 2007. *Hoitotiede*. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki.
- European commission. 2010a. Europe 2020, a strategy for smart, sustainable and inclusive growth, Brussels, <http://www.scribd.com/doc/27770913/2010-03-03-Europe-2020-European-Strategy-for-Smart-Sustainable-and-Inclusive-Growth> 15.4.2012.
- European Commission. 2010b. The social situation in the European Union 2009 Luxembourg: Publications office of the European Union. [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product\\_details/publication?p\\_product\\_code=KE-AG-10-001](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/publication?p_product_code=KE-AG-10-001) 15.4.2012
- European Commission. 2010c. Europe in figures - Eurostat yearbook 2010. Luxembourg: Publications office of the European Union, available from the Eurostat website at: <http://ec.europa.eu/eurostat> 15.4.2012.
- Everett KD, Bullock L, Gage JD, Longo DR, Geden E & Madsen R. 2006. Health risk behavior of rural low-income expectant fathers. *Public Health Nursing*, 23(4) 297-306.
- Fairbrother G, Kenney G, Hanson K & Dubay L. 2005. How do stressful family environments relate to reported access and use of health care by low-income children? *Medical Care Research and Review* 62(2), 205-230.
- Feeley N & Gottlieb LN. 2000. Nursing approaches for working with family strengths and resources. *Journal of Family Nursing*, 6 (1), 9-24.

- Ferguson - Marshall E & Miller J. 2005. Sociocultural influences on family health. Teoksessa Hanson S, Gedaly V & Kaakinen J. (toim.) Family health care nursing, theory, practice, and research. F.A. Davis Publishers, Philadelphia, 101-121.
- Flaskerud JH, Lesser J, Dickson E, Anderson N, Conde F & Kim S ym. 2002. Health disparities among vulnerable populations: evolution of knowledge of five decades in Nursing Research publications. Nursing Research 51(2), 74-85.
- Flinck A & Åstedt-Kurki P. 2009. Analyysimenetelmän problematiikkaa fenomenologisessa tutkimuksessa. Hoitotiede 21(1) 67-77.
- Flood A. 2010. Understanding phenomenology. Nurse Researcher 17(2), 7-15.
- Fochtman D. 2008. Phenomenology in pediatric cancer nursing research. Journal of Pediatric Oncology Nursing 25(4):185 -192.
- Ford - Gilboe M. 1997. Family strengths, motivation, and resources as predictors of health promotion behavior in single-parent and two-parent families. Teoksessa: Wegner G & Alexander R 1999. Readings in family nursing. Lippincott, Philadelphia, 279-299.
- Ford - Gilboe M, Wuest J & Merritt-Gray M 2005. Strengthening capacity to limit intrusion: theorizing family health promotion in the aftermath of woman abuse. Qualitative Health Research, 15(4), 477-501.
- Friedemann M & Webb A. 1995. Family health and mental health six years after economic stress and unemployment. Issues in Mental Health Nursing 16(1), 51-66.
- Friedemann M. 1995. The framework of systemic organization, a conceptual approach to families and nursing. Sage, Thousand Oaks.
- Friedman M-L, Bowden V & Jones E. 2003. Family Nursing, research, theory, and practice. Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey.
- Gadamer 2005, Hermeneutiikka. Ymmärtäminen tieteissä ja filosofiassa. Alkuperäisartikkelit kirjoissa Gesamte Werkw, osat 2 ja 4. Tübingen 1986, 1987. Valikoinut ja suomentanut Ismo Nikander. Vastapaino, Tampere.
- Galdas PM, Cheater F & Marshall P. 2005. Men and health help-seeking behaviour: literature review. Journal of Advanced Nursing, 49(6), 616-623.
- Garvey C, Julion W, Fogg L, Kratovil A, Gross D. 2006. Measuring participation in a prevention trial with parents of young children. Research in Nursing and Health 29(3), 212-222.
- Giorgi A. 1997. Theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research methods. Journal of Phenomenological Psychology. 28(2), 235-261.
- Giorgi A. 2000a. The status of Husserlian phenomenology in caring research. Scandinavian Journal of Caring Science 14(1), 3-10.
- Giorgi A. 2000b. Concerning the application of phenomenology to caring research, Scandinavian Journal of Caring Science 14(1), 11-15.

- Giorgi A. 2006. Concerning variations in the application of the phenomenological method. *The Humanistic Psychologist* 34(4), 305-319.
- Glikman. H. 2004. Low-Income young fathers: Contexts, connection, and self. *Social Work* 49 (2), 195-206.
- Gordon J. 2004. Child protection at the community Level. *Child Abuse Review* 13(6), 368-383.
- Gottlieb LN & Gottlieb B. 2007. The Developmental/Health Framework within the McGill Model of Nursing: 'laws of nature' guiding whole person care. *Advances in Nursing Science* 30(1), 43-57.
- Grill E, Weitkunat R, Crispin A. 2001. Separation from children as a specific riskfactor to fathers' health and lifestyles. *Soziale and Preventive Medicine* 46, 273-278.
- Gross D, Sambrook A & Fogg L. 1999. Behavior problems among young Children in Low-Income Urban Day Care Centers, *Research in Nursing & Health* 22(1), 15-25.
- Crotty m. 1996. *Phenomenology and Nursing Research*, Churchill Livingstone, Melbourne.
- Haapola I. 1997. Työttömyys, toimeentulotuki ja muu sosiaaliturva lamavuosina. *Talous & Yhteiskunta* 25(3), 65-78.
- Halme N. 2009. Isän ja leikki-ikäisen lapsen yhdessäolo: Yhdessäoloa, isänä toimimiseen liittyvää stressiä ja isän tyytyväisyyttä parisuhteessa kuvaavan rakenneyhtälömallin kehittäminen ja arviointi. *Acta Electronica Universitatis Tampereensis*; 870, Tampere University, Tampere.
- Hamil C & Sinclair H. 2010. Bracketing - practical considerations in Husserlian phenomenological research. *Nurse Researcher* 17(2)16-24.
- Hanson C, Novilla MLLB, Barnes MD, Eggett D, Schiffman L & Sugiyama L. 2009. The Relationship between parental health, family functioning and adolescent body mass index. *International Electronic Journal of Health Education* 12, 271-288.
- Hanson S & Kaakinen J. 2002. Family Development and Family Nursing Assesment. Kirjassa *Foundations of Community Health Nursing. Community-Oriented Practice*, ss.275-293. Toim. M Stanhope ja J Lancaster, Mosby, St Louis.
- Hart A. & Freeman M. 2005. Health 'care' interventions: making health inequalities worse, not better? *Journal of Advanced Nursing* 49(5), 502-512.
- Heimo E. 2002. Erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistaminen ja psykososiaalinen tukeminen äitiys- ja lastenneuvolassa. *Seurantatutkimus vuosina 1997-2000*. Turun yliopiston julkaisuja C 184. Turun yliopisto, Turku.
- Helakorpi S, Laitalainen E & Uutela A. 2010. Health behaviour and health among the Finnish adult population, Spring 2009. THL, Report 7/2010, Helsinki. <http://www.terveytemme.fi/#osoittimet> 25.8.2010.
- Helne T (2002): *Syrjäytymisen yhteiskunta*. Stakes, Tutkimuksia 123, Helsinki.



- Hemingway A. 2007. Determinants of coronary heart disease risk for women on a low income: Literature review. *Journal of Advanced Nursing* 60(9), 359-367.
- Henly JR, Danziger SK & Offer S. 2005. The contribution of social support to the material well-being of low-income families. *Journal of Marriage and Family* 67(1), 122-140.
- Hopia H, Paavilainen E & Åstedt - Kurki P. 2005. The diversity of family health: constituent systems and resources. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.19(3), 186-195
- Horodynski M & Gibbons C. 2004. Rural low-income mothers' interactions with their young children. *Pediatric Nursing* 30(4), 299-306.
- Houck M. & Kodadek S. 2001. Research in families and family nursing. Teoksessa Hanson S, Gedaly V & Kaakinen J. (toim.) *Family Health Care Nursing, Theory, Practice, and Research*. F.A. Davis Publishers, Philadelphia, 3-35.
- Häggman - Laitila A. 1999. Terveys ja omatoiminen terveydenhuolto: kuvaileva teoria yksilöllisistä valinnoista. *Acta Universitatis Tamperensis* 648, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Häggman - Laitila A. 2003. Early support needs of Finnish families with small children. *Journal of Advanced Nursing* 41(6), 595-606.
- Häggman - Laitila A. 2005. Families' experiences of support provided by resource-oriented family professionals in Finland. *Journal of Family Nursing* 11(3), 195-224.
- Häggman - Laitila A & Åstedt-Kurki P. 1995. Experiential health knowledge from the perspective of Finnish adults. *Western Journal of Nursing Research* 17(6), 614-630.
- Häggman - Laitila A & Euramaa K-L. 2003. Finnish Families' needs for special supports as evaluated by public health nurses working in maternity and child welfare clinics. *Public Health Nursing* 20(4), 328-338.
- Häggman - Laitila A & Pietilä A-M. 2007. Lapsiperheiden terveyttä edistävä tuki ja sen lähtökohdat: katsaus kehittämiskohteisiin ja jatkotutkimusaiheisiin. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 44(1), 47-62.
- Häggman - Laitila A, Euramaa K-I, Hotari AM, Kaakinen J & Hietikko M. 2001. Lapsiperheiden varhainen tuki, tuen vaikuttavuus ja kustannushyöty. Lapsiperheprojektin loppuraportti. Mannerheimin lastensuojeluliitto. Helsinki.
- Häggman-Laitila A, Tanninen H-M & Pietilä A-M. 2010. Effectiveness of resource-enhancing family-oriented intervention. *Journal of Clinical Nursing* 19 (17-18), 2500-2510.
- Isola A & Kyngäs H. 2011. Hoitotieteellinen tutkimus Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksella. *Hoitotiede* 23(4), 301-305.
- Isaacs SL & Schroeder SA. 2004. Class-the ignored determinant of the nation's health. *New England Journal of Medicine* 351(11), 1137-1142.

- Jain A, Sherman S, Chanberlin L, Carter Y, Powers S & Whitaker R. 2001. Why don't low-incomes mothers worry about their preschoolers being overweight? *Pediatrics* 107(5), 1138-1146.
- Jones AM & Wildman J. 2008. Health, income and relative deprivation: evidence from the BHPS. *Journal of Health Economics* 27(2), 308-324.
- Järventie I & Sauli H. (toim.) 2001. Eriarvoinen lapsuus. WS Bookwell Oy. Porvoo.
- Kahn D. 2000. Reducing bias. Teoksessa Cohen MZ, Kahn DL, Steeves RH (toim.) *Hermeneutic Phenomenological Research: A practical guide for nurse researchers, methods in nursing research*. Sage Publication, Thousand Oaks, CA, 85 -92.
- Kaiser KL, Farris N, Stoupa R & Agrawal S. 2009. Public and community health nursing interventions with vulnerable primary care clients: a pilot study. *Journal of Community Health Nursing*, 26(2), 87-97.
- Kaivo-oja J & Suvinen N. 2001. Sosiaali- ja terveystalouden tulevaisuuden näkymät vuoteen 2030. Teoksessa Voutilainen P, Saranto K, Peiponen A & Mikkola T. (toim.) *Hoitotyön vuosikirja 2002, hoitotyön tulevaisuus*, Tammi, Helsinki, 9-45.
- Kangas O & Ritakallio V-M. 1996. Eri menetelmät – eri tulokset ? Köyhyyden monimuotoisuus. Teoksessa Kangas O & Ritakallio V-M (toim.) *Kuka on Köyhä? Köyhyys 1990-luvun puoluvälin Suomessa*. Stakes. tutkimuksia 65, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, 11-67.
- Kangas O & Ritakallio V-M. 2008. Köyhyyden mittaustavat, sosiaaliturvan riittävyys ja köyhyyden yleisyys Suomessa. *Sosiaali- ja terveystalouden selosteita* 61, Kelan tutkimusosasto. Helsinki.
- Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2008. Potilaiden sosiodemografisten muuttujien yhteydet riippuviin muuttujiin. *Hoitotiede* 20(3), 166-178.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Karlsson G & Tham K. 2006. Correlating facts or interpreting meaning: Two different epistemological projects within medical research. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 13 (2), 68-75.
- Kaseva K. 2011. Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä- Integroitu kirjallisuuskatsaus, STM, Helsinki.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=3320152&name=DLFE-16805.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=3320152&name=DLFE-16805.pdf)  
22.4.2012.
- Kavanaugh K & Hershberger P. 2005. Perinatal Loss in Low-Income African American Parents. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 34(5), 595-605.
- Kavanaugh K, Moro T, Savage T & Mehendale R. 2006. Enacting a theory of caring to recruit and retain vulnerable participants for sensitive research. *Research in Nursing & Health* 29(3), 244-252.

Kayaniyil S, Ardern CI, Winstanley J, Parsons C, Stephanie Brister S, Oh P, Stewart DE, Sherry L & Grace SL. 2008. Degree and correlates of cardiac knowledge and awareness among cardiac inpatients. *Patient Education and Counseling* 75(1), 99-107.

Kearney J, Månsson S-A, Plantin L, Pringle K & Quaid S. 2000. Fatherhood and masculinities. A comparative study of the ideals and realities of fatherhood and masculinity in Britain and Sweden. University of Sunderland. Centre for Social Research and Practice.

Keating - Lefler R, Brage Hudson D, Campbell-Grossman C, Ofe Fleck M & Westfall J. 2004. Needs, concerns, and social support of single, low-income mothers. *Issues In Mental Health Nursing* 25(4), 381-401.

Kevin M & Roy KM. Father Stories. A life course examination of paternal identity among low-income African American men. *Journal of Family Issues* 27(1), 31-54.

Kleiman S. 2004. Phenomenology: to wonder and search for meanings. *Nurse Researcher*.11(4), 7-19.

Kofoed N. 2004. Family wellness: concept development with low-income mothers, 2004. A dissertation. Submitted to the Faculty of the School of Nursing of the Catholic University of America in partial fulfillment of the requirements for the degree doctor of nursing science. Washington D.C. UMI Microform 3154401

Kontula O, Viinamäki H & Koskela K.1998. Köyhiä ja kipeitä. Taloudellisen laman terveysvaikutuksia 1990-luvulla. Väestöliitto,Väestön tutkimuslaitos, Julkaisusarja D 33/1998. Helsinki.

Kvigne K, Gjengedal E & Kirkevold M. 2002. Gaining access to the life-world of women suffering from stroke: methodological issues in empirical phenomenological studies. *Journal of Advanced Nursing* 40(1), 61-68.

Kylmä J & Juvakka T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima, Helsinki.

Kylmä J, Joronen K & Åstedt-Kurki P. 2011 Perhehoitotieteellinen tutkimus Tampereen yliopiston terveystieteiden yksikössä. *Hoitotiede* 23(4), 306-308.

Kääriäinen M & Kyngäs H. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2002. *Hoitotiede* 17(4), 208 -216.

Lahelma E, Laaksonen M, Martikainen P, Rahkonen O & Sarlio-Lähteenkorva S. 2006. Multiple measures of socioeconomic circumstances and common mental disorders. *Social Science and Medicine* 63(5), 1383-1399.

Lahelma E, Rahkonen O, Koskinen S, Martelin T & Palosuo H. 2007. Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit. Teoksessa Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E & Linnanmäki E. (toim.) *Terveyden eriarvoisuus suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23*. Helsinki.

Lallukka T, Laaksonen M, Rahkonen O, Roos E & Lahelma E. 2007. Multiple socio-economic circumstances and healthy food habits. *European Journal of Clinical Nutrition* 61(6), 701-710.

- Lammi-Taskula J & Salmi M. 2009. Työ, perhe ja hyvinvointi. Teoksessa: Lammi-Taskula J, Karvonen S & Ahlström S (toim.) Lapsiperheiden hyvinvointi 2009. THL, Helsinki, 38-47.
- Lampi H. 2005. Miehen sydäninfarktikokemus: fenomenologinen tutkimus sairastumisesta ja potilaana olemisesta. Julkaisu A, tutkimuksia 12, Diakonia-ammattikorkeakoulu. Helsinki.
- Larson K & Halfon N. 2010. Family Income Gradients in the Health and Health Care Access of US Children. *Child Health J* 14(3), 332-342.
- Lastenneuvolatoiminnan asiantuntijatyöryhmän muistio. 2003. Opas lastenneuvolatoiminnan järjestämiseksi kunnissa. Sosiaali- ja terveysministeriö, Työryhmämuistioita 2003:7, Helsinki.
- Latomaa T. 2006. Ymmärtävä psykologia: Psykologia rekonstruktivisena tieteenä. Teoksessa: Perttula J, Latomaa T. (toim.) Kokemuksen tutkimus, Merkitys-tulkinta-ymmärtäminen. Dialogia, Helsinki, 17-88.
- Lehtomaa M. 2006. Fenomenologinen kokemuksen tutkimus: haastattelu, analyysi ja ymmärtäminen. Teoksessa: Perttula J & Latomaa T. (toim.) Kokemuksen tutkimus, Merkitys-tulkinta-ymmärtäminen. Dialogia, Helsinki, 163-194.
- Leino-Kilpi H, Hupli M, Routasalo P, Salanterä S, Suominen T, Strandell C & Uski A. 2002. Hoitotieteellinen tutkimus Turun yliopistossa. *Hoitotiede* 14(6), 299-306.
- Lewis LM, Askie P, Randleman S & Shelton-Dunston B. 2010. Medication adherence beliefs of community-dwelling hypertensive African Americans. *Journal of Cardiovascular Nursing* 25(3), 199-206.
- Lindqvist M. 2003. Monenlaisia köyhyysasteita. Hyvinvointikatsaus 2003:1, Tilastokeskus, Helsinki.
- Lohan, M. 2007. How might we understand men's health better? Integrating explanations from critical studies on men and inequalities in health. *Social Science & Medicine*, 65(3), 493-504.
- Long A & Baxter R. 2001. Functionalism and holism: community nurses' perception of health. *Journal of Clinical Nursing* 10(3), 320-329.
- Lostao L, Regidor E, Siegfried Geyer S & Aïach P. 2007. Patient cost sharing and social inequalities in access to health care in three western European countries. *Social Science & Medicine* 65(2), 367-376.
- Loveland-Cherry C. 2002. Family health risks. Teoksessa Stanhope M & Lancaster J. (toim.) *Foundations of Community Health Nursing, Community-Oriented Practice*. Mosby, St Louis, 295-313.
- Lukkarinen H. 1999. Sepelvaltimotautia sairastavien elämänlaatu ja elämäntilanne. Pitkittäistutkimus lääkkeillä, pallolaajennuksella tai ohitusleikkauksella hoidettujen kokemuksista. Väitöskirja. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto, Oulu.

Lukkarinen H. 2001. Ihmisten kokemukset hoitotieteellisenä tutkimusilmiönä: fenomenologinen lähestymistapa. Teoksessa Janhonen S & Nikkonen M (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY, Helsinki, 116-164.

Luukka K. 2007. Vastavalmistuneiden lähihoitajien koulutuksenaikaiset merkitykselliset oppimiskokemukset vanhustyössä. Tunnepeili oppimiskokemusten merkityksellistäjänä. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotiede. Kuopion yliopisto. Kuopio.

Lämsä A. 1998. ”Ihminen tarvitsee sitä, mitä ilman on paha olla ”- Tuhat tarinaa lasten ja nuorten syrjäytymisestä. Teoksessa Ulvinen V-M. (toim.) Lasten ja nuorten syrjäytymistä koskevan tutkimuksen mahdollisuudet. NUORA:n julkaisuja 6, Mannerheimin lastensuojeluliitto ja Nuorisosiain neuvottelukunta, Helsinki, 9-23.

Lämsä A-L. 2009. Tuhat tarinaa lasten ja nuorten syrjäytymisestä: Lasten ja nuorten syrjäytyminen sosiaalihuollon asiakirjojen valossa. Väitöskirja, Oulun yliopisto, kasvatieteellinen tiedekunta, Kasvatutieteen ja opettajan koulutuksen yksikkö, Oulu.

Mackey S. 2005. Phenomenological nursing research: methodological insights derived from Heidegger's interpretive phenomenology. *International Journal of Nursing Studies* 42(2), 179-186.

Maggs - Rapport F. 2001. 'Best research practice': in pursuit of methodological rigour. *Journal of Advanced Nursing* 35(3), 373-383.

Mahalik JR, Burns SM & Syzdek M. 2007. Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behaviors. *Social Science & Medicine* 64, 2201-2209.

Maijala H, Åstedt - Kurki P & Paavilainen E. 2002. Interaction as an ethically sensitive subject of research. *Nurse Researcher* 10(2), 20-37.

Maliski SL, Clerkin B & Litwin MS. 2004. Describing a nurse case manager intervention to empower low-income men with prostate cancer. *Oncology Nursing Forum* 31(1), 57-63.

Manderbacka K, Häkkinen U, Nguyen L, Pirkola S, Ostamo A & Keskimäki I. 2007. Terveyspalvelut. Teoksessa Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E & Linnanmäki E (toim.) Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. STM:n julkaisuja 2007:23, Helsinki, 178-196.

Manen van M. 1997. From meaning to method. *Qualitative Health Research* 7, 345-369.

Mannermaa M (2000): Tulevaisuuden taulukot, megatrendit ja heikkojen signaalien tunnistaminen. Teoksessa Mannermaa M. (toim.) Tulevaisuuden haltuunotto. PK-yritysten ennakkoinnin käsikirja. ESR- julkaisut 77/100, Edita, Helsinki, 86-96.

Mannila S & Peltoniemi J. 1997. Köyhiä ja kipeitä. Tutkimuksia 57. Kuntoutussäätiö. Helsinki.

Mannila S. 2002. Köyhyys ja terveyserot. Teoksessa Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, Manderbacka K, Lahelma E, Prättälä R & Sihto M. (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita, Helsinki, 149-158.

- Marmot M. & Wilkinson RG. 2001. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health. *British Medical Journal*, 322(7296), 1233-1236.
- Martins DC. 2008. Experiences of homeless people in the health care delivery system: a descriptive phenomenological study. *Public Health Nursing* 25(5), 420-430.
- McCreary LI & Dancy BI. 2004. Dimensions of family functioning: perspectives of low-income African American single-parent families. *Journal of Marriage and Family* 66(3), 690-701.
- McConnell-Henry T, Chapman Y, Francis K. 2009. Husserl and Heidegger: Exploring the disparity. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 7-15.
- Meiers SJ & Brauer DJ. 2008. Existential caring in the family health experience: a proposed conceptualization. *Scandinavian Journal of Caring Science* 22(1), 110-117.
- Meltzer H, Gatward R, Goodman R & Ford T. 2000. *The Mental Health of Children and Adolescents in Great Britain*. The Stationery Office, London.
- Mesiäislehto-Soukka H. 2005. Perheenisäis isien kokemana - fenomenologinen tutkimus. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto. Oulu.
- Moisio P. 2010. Tuloerojen, köyhyyden ja toimeentulo-ongelmien kehitys. Teoksessa Vaarama M, Moisio P & Karvonen S. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. THL, Helsinki, 180-198.
- Munhall P. 2001. Phenomenology a method. Teoksessa Munhall P. (toim.) *Nursing Research, A Qualitative Perspective*, Jones and Bartlett, Boston, 123-184.
- Mykkänen J & Aalto I. 2010. Isyyden ihanteet, arki ja kokemukset. Raportti isyyden tutkimuksesta Suomessa. Finnish Youth Research Network-The Finnish Youth Research Society. Network publication 34. Helsinki. <http://www.nuorisotutkimusseura.fi/julkaisuja/isyydenihanteet.pdf> 8.8.2011.
- Mäki NE & Martikainen PT. 2007. Socioeconomic differences in suicide mortality by sex in Finland in 1971-2000: a register-based study of trends, levels and life-expectancy differences. *Scandinavian Journal of Public Health* 35(4), 387-395.
- Mäki P, Wikström K, Hakulinen-Viitanen T & Laatikainen T. (toim.). 2011. *Terveystarkastukset lastenneuvolassa & kouluterveydenhuollossa – menetelmäkäsikirja*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Mäkinen, T. 2010. *Trends and Explanations for Socioeconomic Differences in Physical Activity*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Najman JM, Hayatbakhsh MR, Clavarino A, Bor W, O'Callaghan MJ & Williams GM. 2010. Family poverty over the early life course and recurrent adolescent and young adult anxiety and depression: a longitudinal study. *American Journal of Public Health* 100(9), 1719-1723.
- Naughton A & Heath A. 2001. Developing an early intervention programme to prevent child maltreatment. *Child Abuse Review* 10(2), 85-96.

- Nelson TJ. 2004. Low-Income Fathers. *Annual Review of Sociology* 30, 427-451.
- Newman M. 1994. *Health as Expanding Consciousness*. Jones and Bartlett, Sudbury.
- Norlyk A & Harder I. 2010. What makes a phenomenological study phenomenological? An analysis of peer-reviewed empirical nursing studies. *Qualitative Health Research* 20(3), 420-431.
- Nyamathi A, Wenzel S, Keenan C, Leake B, Gelberg L. 1999. Associations between homeless women's intimate relationships and their health and well-being. *Research in Nursing & Health* 22(6), 486-495.
- Nåden D. 2010. Hermeneutics and observation – a discussion. *Nursing Inquiry* 17(1), 74-80.
- Oakley L, Song M-K & DeBose-McQuirter M. 2005. Positive and negative depression coping in low-income African American women. *Research in Nursing & Health*, 28(2), 106-116.
- Oikarinen K. 2006. Terveysmuotokuvamittari terveydenhoitajan työhön. Mittarin kehittäminen ja arviointi. Väitöskirja. Lapin yliopiston kasvatustieteiden tiedekunta. Lapinyliopisto, Rovaniemi.
- Oiler Boyd C. 2001. Phenomenology the method. Teoksessa Munhall P. (toim.) *Nursing Research, A Qualitative Perspective*. Jones and Bartlett, Boston, 93-122.
- Okkonen T, Vehviläinen-Julkunen K, Pietilä A-M. 2007, Lasten käsityksiä terveydestä ja terveyden edistämisestä - sisällöllinen ja metodinen näkökulma. *Hoitotiede* 19(5), 270-278.
- Olds D. 2006. The Nurse–Family Partnership: An Evidencebased Preventive Intervention. *Infant Mental Health Journal*, 27(1), 5-25.
- Olson BH, Horodynski MA, Brophy-Herb H & Iwanski KC. 2008. Health Professionals' Perspectives on the Infant Feeding Practices of Low Income Mothers. *Maternal and Child Health Journal* 14(1), 75-85
- Paavilainen E. 1998. Lasten kaltoinkohtelu perheessä. *Acta Universitatis Tamperensis* 604. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Paavilainen E, Åstedt-Kurki P & Paunonen M. 1996. Lapsen kaltoinkohtelu perheessä: Pahoinpitelyä, hyväksikäyttöä, laiminlyöntiä - käsiteanalyysi. *Hoitotiede* 8, 111-118.
- Paavilainen E, Åstedt-Kurki P & Paunonen M. 1998. Ehtical problems in research on families who are abusing children. *Nursing Ethics* 5, 200-205.
- Paavilainen E, Åstedt-Kurki P, Paunonen- Ilmonen M & Laippala P. 2001. Risk factors of child maltreatment within the family: towards a knowledgeable base of family nursing. *International Journal of Nursing Studies* 38(3), 297-303.

Paavilaisen R. 2003. Turvallisuutta ja varmuutta lapsen odotukseen. Äitien ja isien kokemuksia raskaudesta ja äitiyshuollosta. Acta Universitatis Tampereensis 906, University of Tampere, Tampere.

Paley J. 1997. Husserl, phenomenology and nursing. Journal of Advanced Nursing 26(1), 187-193.

Paley J. 1998. Misinterpretive phenomenology: Heidegger, ontology and nursing research, Journal of Advanced Nursing 27(4), 817-824.

Palosuo H, Sihto M, Keskimäki I, Koskinen S, Lahelma E, Manderbacka K & Prättälä R. 2004. Eriarvoisuus ja terveystieteet. Kokemuksia sosioekonomisten terveyserojenkaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:12, Helsinki.

Palosuo H, Linnanmäki E, Sihto M & Koskinen S. 2006. Sosioekonomiset terveyserot - terveystieteiden ikäsuosongelma? Duodecim 122, 1409-1411.

Paquette D. 2004. Theorizing the father - child relationship: mechanism and developmental outcomes, Human Development 47(4), 193-219

Parsons K. 2010. Exploring how Heideggerian philosophy underpins phenomenological research. Nurse Researcher 17(4), 60-69.

Paunonen M. 2001. Perhehoitotieteen kehittäminen tulevaisuudessa. Perhehoitotyön sovellusesimerkki käytännössä. Hoitotiede 13(6), 341-344.

Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. 1999. Perhe hoitotyössä. Teoksessa Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. (toim.) Perhe hoitotyössä, teoria, tutkimus ja käytäntö. WSOY, Helsinki, 14-24.

Pelkonen M. 1994. Lapsiperheiden voimavarat ja niiden vahvistaminen hoitotyön keinoin. Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet 18, Kuopio.

Pelkonen M & Löthman-Kilpeläinen L. 2000. Neuvola lapsiperheiden tukena. Selvitys äitiys- ja lasten neuvolaan kohdistuneista tutkimuksista ja kehittämishankkeista 1990-luvulla. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, Helsinki.

Pelkonen M & Hakulinen T. 2002. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. Hoitotiede 14(5), 202-212.

Pelkonen M & Martelin T. 2008. Terveystieteiden ja syrjäytymisen ehkäisy lapsuudessa ja nuoruudessa. Liite 7. Teoksessa: Kansallinen terveystieteiden kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16. Helsinki.

Perttula J. 1995. Kokemuksen tutkimuksen luotettavuudesta. Kasvatus 26(1), 39-47.

Perttula J. 2000. Kokemuksesta tiedoksi: Fenomenologisen metodin uudelleen muotoilua. Kasvatus 31(5), 428-442.



- Perttula J. 2006. Kokemus ja kokemuksen tutkimus: Fenomenologisen erityistieteen tieteenteoria. Teoksessa Perttula J. ja Latomaa T. (toim.) Kokemuksen tutkimus. Merkitys - tulkinta - ymmärtäminen. Dialogia Oy, Helsinki, 115-162.
- Pietilä A-M. 1998. Terveysmuotokuva-käsitejärjestelmä. Hoitotieteen näkökulma terveyden tutkimiseen. Hoitotiede 10(2), 78-86.
- Pietilä A- M, Eirola R & Oikarinen K. 1998. Terveysmuotokuva-käsitejärjestelmä. Hoitotieteen näkökulma terveyden tutkimiseen. Hoitotiede 10 (2), 78-86.
- Pietilä I. 2008. Between rocks and hard places. Ideological dilemmas in men's talk about health and gender. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, Tampere University Press, Tampere
- Polit DF & Beck CT. 2010. Generalization in quantitative and qualitative research: myths and strategies. International Journal of Nursing Studies 47(11), 1451-1458.
- Porr C, Drummond J & Richter S. 2006. Health literacy as an empowerment tool for low-income mothers. Family and Community Health 29(4), 328-335.
- Price B. Laddered questions and qualitative data research interviews. Journal of Advanced Nursing 2002; 37(3), 273-281.
- Prättälä R, Koskinen S, Martelin T, Lahelma E, Sihto M & Palosuo H. 2007. Terveyserot ja niiden kaventamisen haaste. Teoksessa Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E & Linnanmäki E (toim.) Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki.
- Pylkkänen .E. 2009. Yksinhuoltajaperheiden rankempi taakka Teoksessa: Lammi-Taskula J, Karvonen S & Ahlström S (toim.) Lapsiperheiden hyvinvointi 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 93 -103.
- Pölkki P. 2008. Osallistaa ja suojella. Näkökulmia lasten suojelua koskevan tutkimuksen eettiseen perustaan. Teoksessa Pietilä A-M, Länsimies-Antikainen H (toim.) Etiikkaa monitieteisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä. Kuopion yliopiston julkaisuja F. Yliopistotiedot 45, Kuopio, 171-189.
- Rahkonen, O., Arber S., Lahelma, E., Martikainen, P. & Silventoinen K. (2000). Understanding income inequalities in health among men and women in Britain and Finland. International Journal of Health Services, 30(1), Pages 27-47.
- Rahkonen O, Talala K, Sulander T, Laaksonen M, Lahelma E, Uutela A & Prättälä R. 2007. Koettu terveys. Teoksessa Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E & Linnanmäki E. (toim.) Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23, Helsinki, 65-73.
- Raphael D. 2003. Barriers to addressing the societal determinants of health: public health units and poverty in Ontario, Canada. Health Promotion International. 18(4), 397-405.

- Rapport FL. 2002. Response to: "Caring as a slave morality: Nietzschean themes in nursing ethics", *Journal of Advanced Nursing* 40 (1), 42-44.
- Rapport F, Wainwright P. 2006. Phenomenology as a paradigm of movement. *Nursing Inquiry* 13(3), 228 -236.
- Rask K, Åsstedt-Kurki P, Laippala P. 2002. Adolescent subjective well-being and realized values. *Journal of Advanced Nursing* 38(3), 254-263.
- Reutter L & Williamson DL. 2000. Advocating healthy public policy: implications for baccalaureate nursing education. *Journal of nursing education* 39(1), 21-6.
- Reutter L & Duncan S. 2002. Preparing nurses to promote health-enhancing public policies. *Policy, Politics, and Nursing Practice* 3(4), 294-305.
- Reutter L & KE Kushner. 2010 Health equity through action on the social determinants of health: Taking up the challenge in nursing. *Nursing Inquiry* 17(3), 269-280.
- Reutter L, Neufeld A & Harrison MJ. 2000. A review of the research on the health of low-income Canadian women. *Canadian journal of nursing research* 32(1), 75-97.
- Reutter LI, Sword W, Meagher-Stewart D & Rideout E. 2004. Nursing students' beliefs about poverty and health. *Journal of Advanced Nursing* 48(3), 299-309.
- Reutter L, Stewart MJ, Veenstra G, Love R, Raphael D & Makwarimba E. 2009. "Who do they think we are, anyway?" Perceptions of and responses to poverty stigma. *Qualitative Health Research* 19(3), 297-311.
- Ridge T. 2011. The Everyday Costs of Poverty in Childhood: A Review of Qualitative Research Exploring the Lives and Experiences of Low-Income Children in the UK. *Children & Society* 25(1), 73-84.
- Rimpelä M. Perheneuvola koko perheen hyvinvointia tukemaan. *Dialogi* 2/2002.
- Robertson S. 2006. 'Not living life in too much of an excess': lay men understanding health and well-being. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine* 10 (2), 175-189.
- Robertson S & Williamson P. 2005. Men and health promotion in the UK: Ten years further on? *Health Education Journal* 64(4), 293-301.
- Robertson S, Galdas PM, McCreary DR, Oliffe JL & Tremblay G. 2009. Men's health promotion in Canada: Current context and future direction. *Health Education Journal* 68(4), 266-272.
- Rolfe G. 2006. Judgements without rules: towards a postmodern ironist concept of research validity. *Nursing Inquiry* 13(1), 7-15.
- Roos E, Lahelma E, Saastamoinen P & Elstad J-I. 2005. The association of employment status and family status with health among women and men in four Nordic countries. *Scandinavian Journal of Public Health* 33(4), 250-260.

Roy KM. 2006. Father stories a life course examination of paternal identity among low-income African American men. *Journal of Family Issues* 27(1), 31-54.

Ruotsalainen P. 2006. Lapsiperheissä tulot riittävät - tai sitten eivät Tilastokeskus nettilähde [http://www.stat.fi/tup/hyvinvointikatsaus/hyka\\_2006\\_03\\_ruotsalainen.html](http://www.stat.fi/tup/hyvinvointikatsaus/hyka_2006_03_ruotsalainen.html) 4.4.2012.

Ryan-Nicholl KD & Will CI. 2009. Rigour in qualitative research: mechanisms for control. *Nurse Researcher*, 16(3), 70-85.

Salmi M, Sauli H & Lammi-Taskula J. 2009. Lapsiperheiden toimeentulo. Teoksessa: Lammi-Taskula J, Karvonen S & Ahlström S (toim.) *Lapsiperheiden hyvinvointi 2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*, Helsinki, 78-92.

Sandelowski M. 1998. Writing a good read: Strategies for re-presenting qualitative data. *Research in Nursing & Health* 21(4), 375-382.

Sanders Thompson VL, Talley M, Caito N & Kreuter M. 2009. African American men's perceptions of factors influencing health-information seeking. *American Journal of Men's Health* 3(1), 6-15.

Satariano H & Briggs N. 1999. The good family syndrome. Teoksessa Wegner G & Alexander R. (toim.) *Readings in Family Nursing*. Lippincott, Philadelphia, 317-319.

Seale C & Charteris-Black J. 2008. The Interaction of Class and Gender in Illness Narratives. *Sociology*, 42(3), 453-469.

Sebastian J, Bolla C, Aretakis D, Jones K, Schenk C, Napolitano M & Howard P. 2002. Vulnerability and selected vulnerable populations. Teoksessa Stanhope M & Lancaster J. (toim.) *Foundations of Community Health Nursing, Community-Oriented Practice*. Mosby, St Louis, 349-364.

Sepponen U, Ryyänän O-P, Myllykangas M & Kinnunen J. 2000. Sairaanhoidajien asenteet terveydenhuollon valintoihin. *Hoitotiede* 12(5), 235-243.

Seppänen M. 2001. Liipolan onni, Asuinalueen sosiaalinen erilaistuminen ja merkitys asukkaille. Akateeminen väitöskirja, Helsingin yliopisto, Palmenia, Helsinki.

Sgarbossa D, Ford-Gilboe M. 2004. Mother's friendship quality, parental support, quality of life, and family health work in families led by adolescent mothers with preschool children. *Journal of Family Nursing* 10(2), 232-261.

Shannon JD, Tamis-LeMonda CS, London K & Cabrera N. 2002. Beyond rough and tumble: Low-income fathers' interactions and children's cognitive development at 24 month. *Parenting: Science and Practice* 2(2), 77-104.

Shears J, Summers JA, Boller K & Barclay-McLaughlin G. 2006. Exploring fathering roles in low-income families: the influence of intergenerational transmission. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services* 87(2), 259-268.

Silfver P, Lauri S & Leino-Kilpi H. 1993. Hankala potilas- kuka hän on? Empiirinen tutkimus hoitohenkilökunnan käsityksistä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, Tutkimuksia ja raportteja A:2/1993. Turun yliopisto, Turku.

Sirviö, K. 2003. Lapsiperheet Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaina: työntekijöiden toiminta lapsiperheiden terveyden edistämässä. Hoitotieteen laitos. Kuopio.

Sirviö K. 2006. Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämässä - mukanaolosta vastuunottoon. Asiakastilanteiden arviointia sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ja perheiden näkökulmista. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 132, Väitöskirja, Hoitotieteen laitos, Kuopio.

Sosiaali- ja terveystietokertomus 2000. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000:7, Helsinki.

Sosiaali- ja terveystietokertomus 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:1, Helsinki.

STM 2003. Terveysttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoitejatoimintaohjelma 2004-2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18, Helsinki.

STM. 2008a. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6, Helsinki.

STM. 2008b. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimitaohjelma 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16, Helsinki.

STM 2009. Suomen kansallinen toimintasuunnitelma, Euroopan köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen torjunnan teemavuosi 2010, kansallinen toimeenpanoryhmä 15.5.2009. eu-ohjelma.

STM 2011. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338 / 2011.

STM. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2012-2015. stm.fi/kaste 4.2.2012.

Streubert Speziale H & Carpenter R. 2003. Qualitative Research in Nursing. Advancing the Humanistic Imperative. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.

Summers JA, Raikes H, Butler J, Spicer P, Pan B, Shaw S, Langager M, McAllister C & Johnson MK. 1999. Low-income fathers' and mothers' perceptions of the father role: A qualitative study in four early head start communities. Infant Mental Health Journal 20(3), 291-304.

Suomen virallinen tilasto (SVT). 2012. Tulonjakotilasto [verkkojulkaisu]. ISSN=1795-8121. Pienituloisuus 2009, 5. Pienituloisuuden, köyhyyden ja syrjäytymisen mittareista. Tilastokeskus, Helsinki. [http://www.stat.fi/til/tjt/2009/02/tjt\\_2009\\_02\\_2011-01-26\\_kat\\_005.fi.html](http://www.stat.fi/til/tjt/2009/02/tjt_2009_02_2011-01-26_kat_005.fi.html). 15.4.2012.

Tarkiainen L, Martikainen P & Laaksonen M. 2011. Tuloluokkien väliset erot elinajanodotteessa ovat kasvaneet vuosina 1988–2007. Suomen Lääkäri lehti 66 (48), 3651 -57.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010 ja asetus 338/2011.

Thomas JL, Glenn N, Jones GN, Scarinci IC & Brantley PJ. 2007. Social support and the association of type 2 diabetes and depressive and anxiety disorders among low-income adults seen in primary care clinics. J Clin Psychol Med Settings, 14(4), 351-359.

- Thomas S. 2005. Through the lens of Merleau-Ponty: advancing the phenomenological approach to nursing research. *Nursing Philosophy* 6(1), 63-76.
- Thompson CW & Fitzpatrick JJ. 2008. Positive health practices and temporal perspective in low-income adults. *Journal of Clinical Nursing* 17(13), 1708-1717.
- Toimeentulotuen menot 2010, Suomen virallinen tilasto, THL  
[http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr17\\_11.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr17_11.pdf) 12.2.2012.
- Toimeentulotukilaki 1997/1412 ja Asetus toimeentulotuesta 66/98
- Tong A, Sainsbury P & Craig J. 2007. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care* 19(6), 349-357.
- Tubbs CY, Roy KM & Burton LM. 2005. Family ties: Constructing family time in low-income families. *Fam Proc* 44(1), 77-91.
- Turunen H, Pietilä A-M, Tossavainen K & Vehviläinen-Julkunen K. 2011. Hoitotieteellinen tutkimus Itä-Suomen yliopiston hoitotieteenlaitoksella. *Hoitotiede* 23(4), 296-301.
- Vaarama M, Moisio P & Karvonen S. 2010. Hyvinvointipolitiikka 2010-luvulla. Teoksessa Vaarama M, Moisio P & Karvonen S. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Helsinki, THL, 278-285.
- Viljamaa M-L. 2003. Neuvola tänään ja huomenna. Vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 212, Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä.
- Vivilaki V & Johnson M. 2008. Research philosophy and Socrates: rediscovering the birth of phenomenology. *Nurse Researcher* 16(1), 84-92.
- Wamala S, Merlo J, Boström G & Hogstedt C. 2007. Perceived discrimination, socioeconomic disadvantage and refraining from seeking medical treatment in Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health* 61(5), 409-415.
- Webb C & Kevern J. 2001. Focus groups as a research method: a critique of some aspects of their use in nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 33(6), 798-805.
- Weinrich SP, GL Ellison, M Boyd, J Hudson, B Bradford & Weinrich M. 2000. Participation in prostate cancer screening among low-income men. *Psychology, Health & Medicine* 5(4), 439-50.
- Wetta-Hall R, Ablah E, Dismuke S, Molgaard C, Fredrickson DD & Berry M. 2005. Emergency department use by people on low income. *Emergency Nurse* 13(3), 12-18.
- White J. 1995. Patterns of knowing: review, critique, and update. *Advances in Nursing Science* 17, 73-86.
- White MA, Elder JH, Paavilainen E, Joronen K, Helgadottir HL & Seidl A. 2010. Family dynamics in the United States, Finland and Iceland. *Scandinavian Journal of Caring Science* 24(1), 84-93.

- Whitehead L. 2004. Enhancing the quality of hermeneutic research: decision trail. *Journal of Advanced Nursing* 45(5), 512-518.
- Wilkinson RG. 2005. *The impact of inequality: how to make sick societies healthier*. New Press. NY.
- Wilkinson RG & Pickett KE. 2006. Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine* 62(7), 1768-1784.
- Williams R. 2009. 'Having a laugh': masculinities, health and humour. *Nursing Inquiry* 16(1), 74-81.
- Williams RA. 2007. Masculinities fathering and health: The experiences of African - Caribbean and white working class fathers. *Social Science & Medicine*, 64(2), 338-349.
- Williamson DL & Drummond J. 2000. Enhancing low-income parents' capacities to promote their children's health: Education is not enough. *Public Health Nursing* 17(2), 121-131.
- Wimpenny P & Gass J. 2000. Interviewing in phenomenology and grounded theory: is there a difference? *Journal of Advanced Nursing* 31(6), 1485-1492.
- Witt de L & Ploeg J. 2006. Critical appraisal of rigour in interpretive phenomenological nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 55(2), 215-229.
- Woi-Hyun S. Hong & Sally Peck Lundeen. 2009. Using ACHIS to analyze nursing health promotion interventions for vulnerable populations in a community nursing center: A pilot study. *Asian Nursing Research* 3(3), 130-138.
- Wood D. 2003. Effect of child and family poverty on child health in the United States. *Pediatric*, 112(3), 707-711.
- Yanicki S. 2005. Social support and family assets: the perceptions of low-income lone-mother families about support from home visitation. *Canadian Journal of Public Health* 96(1), 46-49.
- Yoo J, Slack KS & Hol JL. 2010. The Impact of Health-Promoting Behaviors on Low-Income Children's Health: A Risk and Resilience Perspective. *Health & Social Work* 35, 133-143.
- Zalm J. van der, Bergum V. 2000. Hermeneutic-phenomenology: providing living knowledge for nursing practice. *Journal of Advanced* 31(1), 211-218.
- Åstedt-Kurki P. 1992. Terveys, hyvä vointi ja hoitotyö kuntalaisten ja sairaanhoitajien kokemana. *Acta Universitatis Tamperensis* 349, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Åstedt-Kurki P & Hopia H. 1996. The family interview: Exploring experiences of family health and wellbeing. *Journal of Advanced Nursing* 24, 506-511.
- Åstedt-Kurki P, Hopia H & Vuori A. 1999. Family health in everyday life: a qualitative study on well-being in families with children. *Journal of Advanced Nursing* 29, 704 -711.
- Åstedt-Kurki P, Paavilainen E, Lehti K. 2001a. Methodological issues in interviewing families in family nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 35(2), 288-293.

Åstedt-Kurki P, Friedemann M-L, Paavilainen E, Tammentie T & Paunonen-Ilmonen M. 2001b. Assesment of strategies in families tested by Finnish families. *International Journal of Nursing Studies* 38(1), 17-24.

Åstedt-Kurki P, Isola A, Tammentie T & Kervinen U. 2001c. Importance of humour to client–nurse relationships and clients' well-being. *International Journal of Nursing Practice*, 7(2), 119-125.

Åstedt-Kurki P, Lehti K, Tarkka M-T, Paavilainen E. 2004. Determinants of perceived health in families of patients with heart disease. *Journal of Advanced Nursing* 48(2), 115-123.

## LIITTEET

### Liite 1: Tiedonantajaperheitä kuvaavia tietoja

Tiedonantaja(t)	Tiedonanta-jien ikä	Perheeseen kuului	Vähävaraisuuden kriteeri	Perhemuoto	Asuinpaikka
Äiti 1	22v	Äiti ja lapsi 1kk,	Äiti saanut toimentulotukea 1v	Yksinhuoltaja	Kaupunki
Äiti 2	20v	Äiti ja lapset 2,5v ja 7v	Äiti saanut toimeentulotukea 3v	Yksinhuoltaja	Kaupunki
Äiti 3	20v	Äiti ja lapsi 0,5v	Äiti saanut toimeentulotukea 1v	Yksinhuoltaja	Kaupunki
Äiti 4	27v	Äiti ja lapset 3v ja 9v	Äiti saanut toimeentulotukea 1v 2 kk	Yksinhuoltaja	Kaupunki
Äiti 5	28v	Äiti, isä ja lapset 2,5v ja 10kk	Äiti saanut toimeentulotukea 2,5 v	Avoliitossa	Kaupunki
Äiti 6.	21v	Äiti ja lapsi 1v 2kk	Äiti saanut toimeentulotukea 4v	Yksinhuoltaja	Kaupunki
Äiti 7	19v	Äiti ja lapsi 1v	Äiti saanut toimeentulotukea 1v	Yksinhuoltaja	Kaupunki
Äiti 8	36v	Äiti, isä ja lapset 2,5v ja 3,5v	Äiti saanut toimeentulotukea 2v	Naimisissa	Kaupunki
Äiti 9	37v	Äiti, isä ja yhteiset lapset 2v ja 4v, äidin lapset 13v, 10v asuvat oman isänsä kanssa muualla	Äiti saanut toimeentulotukea 3v	Eronnut, uudelleen naimisissa	Kaupunki
Äiti 10	26v	Äiti ja lapset 2,5v ja 6v	Äiti saanut toimeentulotukea 4v	Yksinhuoltaja	Kaupunki
Äiti 11	27v	Äiti, isä ja lapsi 3,5v	Äiti saanut toimeentulotukea 3v	Naimisissa	Kaupunki
Äiti 12.	40v	Äiti ja lapsi 3,5v	Äiti elänyt toimentulotuen varassa yli 2 vuotta	Yksinhuoltaja	Kaupunki
Äiti 13	45v	Äiti, isä ja lapset 4v, 9v ja 10v	Äiti saanut toimeentulotukea 1,5v	Naimisissa	Kaupunki
Äiti 14	33v	Äiti ja lapsi 1v	Äiti saanut toimeentulotukea 2v	Yksinhuoltaja	Kaupunki
Äiti 15	41v	Äiti, isä ja lapset 8v ja 9v	Äiti saanut toimeentulotukea 2,5 v	Avoliitossa	Maaseutu
Isä 1	48v	Isä ja lapsi 15v	Isä saanut toimeentulotukea 10v	Eronnut	Kaupunki
Isä 2	26v	Isä, äiti ja lapsi 4v	Isä saanut toimeentulotukea 5 v	Naimisissa	Kaupunki
Isä 3	47v	Isä ja lapsi 20v asuvat yhdessä. Lapset 10v, 17 v ja 19v, asuvat äitinsä kanssa.	Isä saanut toimeentulotukea 4 v	Eronnut	Maaseutu
Isä 4	46v	Isä asuu yksin. Lapset 10v ja 11v, asuvat äitinsä kanssa.	Isä saanut toimeentulotukea 2,5v	Eronnut	Maaseutu
Isä 5	42	Isä asuu yksin. Lapsi 7v, asuu äitinsä	Isä saanut toimeentulotukea 1,5v	Naimaton	Kaupunki



		kanssa			
Isä 6	42	Isä asuu yksin. Lapsen 3v, 16v ja 18v, asuvat äitinsä kanssa.	Isä saanut toimeentulotukea 3 v	Eronnut	Kaupunki
Isä 7	49	Isä asuu yksin. Lapsi 13v, asuu kasvatusvanhempien luona	Isä saanut toimeentulotukea useita kertoja, yhteensä 12 vuotta, viimeiset 6 vuotta jatkuvasti	Eronnut	Maaseutu
Perhe 1: äiti ja vanhin lapsi	Äiti 33 v ja lapsi 11v	Isä, äiti ja lapset 6 v, 8 v ja 11 v	Toinen vanhemmista työttömänä yli 3 vuotta	Naimisissa	Maaseutu
Perhe 2: isä ja äiti	Isä 51v ja äiti 48v	Isä, äiti ja lapsi 15v ja 20v (20v asuu muualla)	Molemmat olleet työttöminä pitkiä aikoja tällä hetkellä toinen vanhemmista työttömänä 4 vuotta	Naimisissa	Maaseutu
Perhe 3: isä ja äiti	Isä 40v ja äiti 20v	Isä, äiti ja lapsi 1,5kk ja isän 2 aikuista muualla asuvaa lasta aikaisemmasta avioliitosta	Perhe saanut toimeentulotukea yli 2 vuotta	Uusperhe	Kaupunki
Perhe 4: isä ja äiti	Isä 43v ja äiti 45v	Isä, äiti ja lapset 8v, 12v ja 17v	Toinen perheen aikuinen työttömänä yli 2 vuotta	Naimisissa	Maaseutu
Perhe 5: isä ja äiti	Isä 37v ja äiti 32v	Isä, äiti ja lapset 3v, 5v, 8v, 10v ja 11v	Toinen perheen aikuinen työttömänä yli vuoden	Naimisissa	Maaseutu
Perhe 6: äiti ja vanhin tytär	Äiti 44v ja lapsi 15 v	Äiti ja kaksi lasta 4v ja 15v	Äiti työttömänä 4 v	Yksinhuoltaja	Kaupunki



## Hyvä lapsiperheen vanhempi/vanhemmat!

Pyytäisin ystävällisesti teitä osallistumaan perheen terveyttä koskevaan tutkimukseeni. Lähestyn teitä näin kirjeen välityksellä kysyäkseni halukkuuttanne osallistua haastattelututkimukseeni, jossa kerään tietoa toimeentulotukea saavien lapsiperheiden terveydestä ja hyvästä voinnista.

Teen väitöskirjatutkimusta Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksella ja ohjaajani ovat hoitotieteen ja terveystieteen professoreita Tampereen yliopistosta. Itse olen peruskoulutukseltani terveydenhoitaja. Tutkimukseni tarkoitus on tuottaa tietoa erilaisten lapsiperheiden terveyden kokemuksista ja kehittää niiden avulla terveydenhuollonpalveluita lapsiperheiden omasta näkökulmasta ja erilaisista elämäkokemuksista käsin. Tutkimustiedon avulla on tarkoitus kehittää terveyspalveluja paremmin erilaisissa elämäntilanteissa eläviä perheitä palveleviksi.

Tietojen keruu tapahtuu haastattelemalla, jotka nauhoitan. Voimme toteuttaa haastattelut valitsemassanne paikassa, joko kotonanne tai muussa haluamassanne paikassa: esimerkiksi neuvolassa tai muualla sosiaali- ja terveysviraston tiloissa. Haastattelussa keskustellaan vapaamuotoisesti omista kokemuksistanne perheen hyvästä voinnista, terveydestä ja perheen ulkopuolelta saamastanne tuesta. Arvioin että yksi haastattelukerta kestää 1 – 1,5 tuntia. Haastattelun mielelläni useampia perheenjäseniä yhdessä tai erikseen, jos se on mahdollista, mutta yhdenkin perheenjäsenen antama haastattelu on arvokas.

Kaikki antamanne tiedot käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti, niin että yksittäisiä perheitä tai perheenjäseniä ei voida tunnistaa. Haastattelut kirjoitan itse ensin puhtaaksi nauhalta ja sen jälkeen hävitän nauhat. Nimenne ei tule missään vaiheessa esille. Henkilötietonne jäävät vain tutkijan tietoon.

Haastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja jokainen perheenjäsen voi itse päättää haluaako osallistua. Teidän antamanne tiedot ovat ensiarvoisen tärkeitä tutkimuksen kannalta. Terveystieteenhoitajat/perhetyöntekijät ovat ystävällisesti pyynnöstäni suostuneet antamaan teille tämän tutkimuksestani kertovan kirjeen.

Jos suostutte ystävällisesti tutkimushaastatteluun, pyytäisinkin teitä jättämään yhteystietonne tämän kirjeen mukana olevalle kaavakkeelle ja antamaan sen terveydenhoitajalle/ perhetyöntekijälle. Yhteystietonne saatuanne otan teihin yhteyttä, jotta voin sopia kanssanne mahdollisesta haastatteluajasta ja -paikasta.

Vastaustanne odotellen ja lämpimästi osallistumistanne toivoen

Anne Vuori

yhteystiedot: xx

# Well-being of mothers with children in Finnish low-income families – the mother's point of view

**Anne Vuori** MNSc (PhD Student, Senior Lecturer)<sup>1,2</sup> and **Päivi Åstedt-Kurki** PhD (Professor, Head of the Department)<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Department of Nursing Science, University of Tampere, Tampere, Finland, <sup>2</sup>Department of Nursing, Lahti University of Applied Sciences, Lahti, Finland, and <sup>3</sup>Pirkanmaa Hospital District, Science Center, Tampere, Finland

*Scand J Caring Sci; 2009; 23; 748–756*

## Well-being of mothers with children in Finnish low-income families – the mother's point of view

**Introduction:** Low income correlates with increased health risks. The well-being of low-income families has received only limited attention in nursing research and most of the work has focused on unearthing their problems rather than on identifying their strengths. This article describes the well-being of mothers with children in Finnish low-income families, from a family health point of view.

**Aims:** The aim of this study was to generate description of the well-being of mothers with children in low-income families in their everyday life and interpret and understand it from the perspectives of low-income mothers.

**Methods:** This study is based on the phenomenological method and the informants consisted of 15 mothers of low-income families with children. The data were collected in 2004–2005. The mothers were recruited from three municipalities by means of purposive sampling from amongst families in receipt of income support. Ethical approval was obtained.

**Findings:** Well-being appears as a complex and multifaceted phenomenon which, in addition to health, is understood as the opposite of illness and experienced health involves dimensions related to the family's everyday life and situation. Mothers' well-being is described in terms of the flow of everyday life, meaningful family activities, everyday health, the existence of a network of significant others, internal family functioning, the strength received from motherhood and being in the position to influence the well-being of one's family.

**Conclusions:** The results suggest that for purposes of supporting family well-being on the family's own terms, it is important to have a clear understanding of the everyday life of families in different situations and understand the meanings that grow out of their everyday life. This information helps nurses to take into account the social aspect of family health and understand low-income mothers' point of health, in different health situations in nursing practice where they meet one another.

**Keywords:** low-income mothers, experienced health, well-being, family health, phenomenology.

*Submitted 10 July 2008, Accepted 24 October 2008*

## Introduction and background

This study describes the well-being of mothers in Finnish low-income families with children from a family health point of view. This is an area that has received only cursory attention in nursing research so far and most of the work has concentrated on identifying the problems rather than on the strengths of these families (1, 2).

Even though living standards in Finland are rather high (3), one of the most immediate threats to the well-being of children is poverty. Today, 12% or some 134 000 Finnish

children are affected by family poverty (4). There is similar evidence e.g. from the UK that poverty and other problems are increasingly accumulating in families with children (5). In these families, poverty and low income are often compounded by the risk of marginalization in terms of health and well-being (5–7).

Olds (8) has observed that nursing staff enjoy the trust and confidence of the general public and have the training and the competence to work with families in difficult life situations and therefore it makes sense to put those skills to good use in promoting well-being among children and families. It is also worthwhile to strengthen the role of nursing staff as professionals who recognize and take into account in their work both social viewpoints and health inequalities (9–11). There is a tendency to categorize families as ones that function 'inappropriately', depart from the rules or lack the necessary commitment to care.

*Correspondence to:*

Anne Vuori, Laiduntie 3, 17200 Vääksy, Finland.  
E-mail: anne.vuori@lamk.fi

Furthermore, such categorizations are often made on the basis of family structure and social class (12, 13).

From nursing perspective, family health is a complex and dynamic phenomenon based on the well-being of its individual members, on their sense of feeling good or bad. The way in which families and family members themselves understand health and illness varies between different cultures, areas and families. Gender, social class and ethnic differences also come into play. In this study, our main focus was on low-income mothers' experienced health, their related values and everyday experiences. This kind of experienced health is determined by the concept of well-being (2, 14, 15).

There is some earlier nursing research on questions of low income and poverty from the point of view of mothers' health and well-being. Data were collected by quantitative and qualitative research methods, not only from mothers but also from other family members and from social and health workers. Nursing researchers have been interested in health of low-income mothers (2, 16), what kinds of social support low-income mothers get and need in different life situations (17–20), quality of mother–child interaction on low-income families (21, 22) and their decision-making (23). They have looked into ways in which nurses could help homeless and low-income families with children on these families' own terms (1, 24). They have also led to programmes and interventions aimed at preventing health risks associated with low-income family (17, 25, 26).

These research results have strengthened the fact that low-income mothers have poor health situation, poor mother–child interaction and poor decision-making possibility than others. They want and they need many kind of individual and social support, but there is not very much information about what kind of support strengthens mothers' own resources. The research results show that nurse can support these mothers' well-being, but very little is known of effectiveness of different kinds nursing interventions.

In Finland, there is no earlier nursing research that focused explicitly on low-income and poverty, from the point of view mothers' health and well-being, although social background has emerged as a factor with respect to health and well-being in many studies. The need of special support among families with small children has also found (17, 27, 28).

## Aim

The aim of this study was to generate description of the well-being of mothers with children in low-income families in their everyday life and interpret and understand it from the perspectives of low-incomes mothers. The study described here is one of five for the author's (AV) doctoral thesis. The goal of the whole project was to develop a

practical model for supporting well-being in low-income families.

## Method

As the main interest here was with individual mothers and their subjective experiences of well-being, we had chosen to apply phenomenological approach and method. This approach permits discovery of day-to-day experiences as they happen (29–31). Our method is based on hermeneutical and descriptive phenomenology (32–34). By means of phenomenological interpretation and description, we try to understand and gain new insights into the well-being of low-income mothers (33, 34).

## Participants

The informants in this study were mothers of Finnish low-income families with children ( $n = 15$ ). The families were selected from three municipalities by means of purposive sampling from amongst families with children in receipt of income support. The purposive sampling in this case meant that the informants were recruited from amongst those low-income mothers of families with children who were willing and able to articulate their experience of well-being (33).

The definition applied for low income was that the mothers had been in receipt of income support for at least 12 months. Income support is one of the benefits in the Finnish social assistance system that is granted to individuals or families who do not have adequate minimum income. A family with children, then, was defined as one that had children aged <16 years living at home. The most common reasons for the need for income support were unemployment, single-parent status, illness, substance abuse and the presence of multiple problems. Nine of the mothers lived alone with their children, six lived with their partners. Most of the mothers lived in town's block of flats in urban municipalities. Some of them lived in the apartment owned by some voluntary organizations.

## Data collection

Face-to-face interviews or shared conversations were conducted with the 15 participants in the study in 2004–2005. The researcher (AV) met one participant only once. Each conversation lasted from 60 minutes to 2.5 hours and they were recorded. Researcher made field notes after every session about impressions during conversation. The mothers themselves chose the place where they wanted to meet the author, mostly in their homes, some in the local offices of social and health services or in voluntary organizations.

One of the researchers (AV) guided the shared conversations by probing questions in view of getting richer data (35). The researcher asked open-ended questions such as: Tell me what do well-being and health mean in your and

your family's everyday life? When, in what kind of situations, you feel well-being or not well-being? What is important for you and for your family now? Rather than trying to steer and control the conversations, the aim was to give the informants a chance to vent their own experiences (10, 36, 37).

### Data analysis

The data were analysed using method modified from one described by Cohen et al. (34) and one described by Giorgi (32, 38). In the analysis two different kinds of phenomenologist perspectives were combined: descriptive and hermeneutic. In earlier research studies, these two perspectives were combined, for example, in the studies by van Manen (29) and Karlsson (39). For example Karlsson's Empirical Phenomenological Psychological method for phenomenological studies aimed at describing the structure of meaning of a phenomenon and was close to Giorgi's method, but allowed interpretation (39, 40). In spite of criticism by Giorgi (41), there is a tendency in nursing research to recognize associations and combine these two perspectives (42).

This modified method guided the novice researcher (AV) to keep separate the description and the interpretation and to identify her own preconceptions in process of analysis. The main principle of the analysis is keeping in mind that the researcher's horizon cannot be blocked out, but it has to recognize moving in process from the part to whole and from the whole to the part for a deeper understanding by using principles derived from hermeneutic-phenomenology (34, 36). The process of data analysis is described next.

After transcription (205 single-spaced pages), the whole text and field notes made during conversations were read several times with an open mind by the researcher (AV). In the next stage, bearing in mind the aim of this study, units of meaning were extracted from the text corpus, i.e. key expressions by each mother regarding her own and her family's well-being. In the third stage, the content of each unit of meaning was translated into standard language. These units of meaning were written down in the third person singular to retain the informant's point of view and to remain faithful to her experience. Our intention here was the best possible description without interpretation. (Examples of third and fourth stage of analysis are in the Fig. 1).

In the fourth stage, the researcher (AV) sought to identify each mother's specific situated structure of meanings and to find key contents of mother's well-being by means of imaginative variation. In the next, fifth stage, the analysis proceeded from individual meanings to a general level. Common key contents of mothers' well-being were sought in mothers' specific situated structure and common expressions for those contents at a more general level were searched. Finally, the researcher

produced a general description of the well-being of mothers with children in low-income families (Fig. 2).

## Results

### *The flow of everyday life and meaningful activities*

Mothers interviewed live in different life situations, but every family has very little money for every day living. The flow of everyday life is an integral part of mother's well-being. That sense of flow is achieved through the rhythm of daily routines the mother can handle and cope with.

I suppose living comes from all these small things...small ordinary everyday things...I mean really everything that's good comes from there...

Well-being requires participation in shared and individual activities that are considered by family members as meaningful. Mothers need meaningful things to do themselves, which create variation in their everyday life. If the everyday life of mothers and their children is confined to the four walls of the home, it will sooner or later give cause to a sense of gloom and dullness.

well...if you can go out and do something with them, that adds to happiness...and if you just have to stay at home, that takes it away...

### *Everyday health as part of mother's well-being*

The dimension of everyday health consist of the primacy of mother's mental and spiritual health; learned knowledge about health and the application of that knowledge to one's own life; health as the absence of a diagnosed illness; and health put into the perspective of the family's everyday life.

Any problem experienced by mother with her mental or spiritual health is reflected in the well-being of the whole family. These problems also spill over into neglect of physical health. A strong mental health means that mother is better equipped to deal with any difficulties in the family's everyday life.

...It's rather this way that if you're physically unwell, then it's less of a problem than if you're like mentally tired or otherwise don't feel good.

Mothers also talk about health in a rather learned manner. They underline the importance of a healthy diet and physical exercise. In general, they are well-informed about what is good for you and what is not. They use this knowledge selectively, adapting and adjusting it to the family's current situation.

At least with our son, we stick to his diet, you know so that it's varied...so that at least he gets all vitamins and all that...

It is also important not to pay too much attention to health. Overall well-being is more important than health as a separate value. Mothers do not want being healthy to control their life.

Example of the third stage of data analysis;

Original expression	Translation into standard language
<p>Mother 3:            “For me, well-being is all to do with the child, he’s so lovely when he wakes up in the morning and smiles, it’s all there and he’s so ... sunshiny ... I mean when you have children it gives you a different kind of energy, I mean you feel you could just walk through a brick wall just like that ...”</p> <p>Mother 7:            “so I just said to the doctor that I’m getting to the end of my tether, and sometimes I have these thoughts that perhaps I should just slam these kids against the wall and leave ... and then I got some medication and help ...”</p>	<p>Mother’s sense of the wellbeing ties her child and she gets much energy from her baby child: For e.g. thinks like his first smile in the morning. She feels like she could walk through a brick wall for her baby.</p> <p>She has to say to doctor that she hasn’t strength enough anymore and sometimes she afraid that she do damage to her children. After that she got help.</p>

Example of fourth stage of data analysis; a description of formulating mother’s specific situated structure of meanings:

<p><b>Examples of expression with the same content:</b>            When the mother want to get little own time to rest or go for example to use computer network, she put on children’ videos.</p> <p>They have two Guinea pigs, which are very important for whole family. Children can take care of them and practise to take the responsibility. Mother doesn’t want to part with them; thought the doctor has told that they have to do so, because of the youngest child symptoms of rhinitis.</p> <p>Mother has good fellows and next of kin, from whom she can get help. Mother feels shame and guilty of living by public assistance. If she could get work she should not anymore apply for money from the social office.</p> <p>It’s very hard to the mother admits, that she is exhausted and she needs help. She doesn’t ask help before she has tried her hardest. But she don’t want to give up, she asks finally help for children shakes.</p>	<p><b>Specific situated structure of meanings:</b>            The sense of self- regulation of wellbeing of her and her family is meaningful for mother. This sense she doesn’t want to give away, outside of family. She has her own means to manage. When she want help, it’s important to mother that she has a good fellows and next of kin, whom she can count on to help her. Feelings of guilty and shame when she has to ask help from example social office eats the sense of self-regulation.</p>
---	---

**Figure 1** Examples of third and fourth stages of data analysis.

...sure we go out and I myself do some physical exercise...but I’m not you know, I don’t sort of keep thinking that it’s all for my health, I just do it to enjoy myself...

*Presence of a network of significant others and internal family functioning as part of mother’s well-being*

An important constituent of mother’s well-being is the presence of a network of significant others. Some mothers live with partner, others are single mothers, but everybody has a network of her own, which consists of neighbours, relatives and friends or some significant others. The closeness and size of this network vary in different families, but network always generate security and help overcome difficulties.

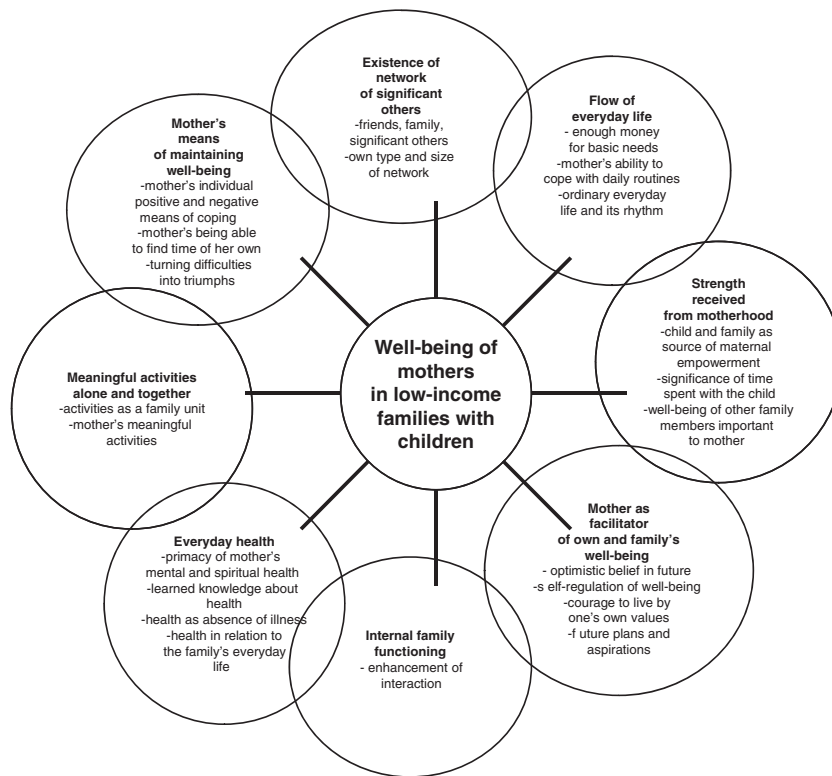
Yeah...I’m not religious myself but I mean they are...cos I know they’re like all the time praying for strength for me and my child...so that we can manage, and it really feels good...

Another component factor of well-being is internal family functioning. Mothers feel that better interaction among family members would strengthen both their own and the family’s well-being, and to this end, they feel they would also need support from the outside.

*Strength received from motherhood and mother as facilitator of her own and the family’s well-being*

The very presence of a child and family is a source of strength for mothers and provides a sense of meaning and purpose in life. They appreciate the opportunity to spend





**Figure 2** Well-being of mothers with children in low-income families.

time with their children and they are prepared to do a great deal in the best interests of children and family, completely without sparing themselves. Mothers feel children and family as source of maternal empowerment.

For me, well-being is all to do with the child, he's so lovely when he wakes up in the morning and smiles, it's all there and he's so...sunshiny...I mean when you have children, it gives you a different kind of energy, I mean you feel you could just walk through a brick wall just like that...

A further dimension describing well-being is 'mother as facilitator of her own and the family's well-being'. This ties in with mother's optimism about the future, her self-regulation of well-being, her courage to live by her own values and her future plans and aspirations.

Optimism about the future is backed up by resilience and an unyielding belief in one's ability to cope. It is important to have this faith that one can indeed influence one's own and one's family's well-being. If there is a sense that the family's life is being controlled from the outside, that is bound to cause a sense of anxiety and helplessness.

Well-being means that everything comes from you yourself...that you can make yourself feel well and that there's no one else except you who can control your well-being...

Another aspect of this self-regulation is that mothers clearly recognize the importance of their having the strength to keep going. References to fatigue and exhaustion appear in the accounts of all the mothers. This usually

is a matter of mental fatigue, which also gives rise to physical exhaustion and mothers' battle with fatigue for a long time before even admitting it to themselves. This admission can be seen not only as a sign of surrender, but also as recognition that one needs help.

So I just said to the doctor that I'm getting to the end of my tether, and sometimes I have these thoughts that perhaps I should just slam these kids against the wall and leave...and then I got some medication and help... If the mother has the courage to be her own self, to live by her own values and does not try too hard to meet the demands imposed from the outside, she will feel better. The mother's sense of guilt about what she considers her inadequacy eats away at her well-being.

...somehow I felt that I was supposed to be the happy mother...who just shows off her excellent motherhood...I thought it was quite shameful that...I wasn't that perfect shining example of a brilliant mother and wife.

#### *Mothers' means of maintaining well-being in everyday life*

Mothers have their own means and strategies of maintaining their and their family's everyday well-being. These are described by the mother's individual means of coping with everyday life, by her being able to find time of her own and by her ability to turn difficulties into triumphs.

Seen from the point of view of externally defined health, means of coping with everyday life may be both positive

and negative. Among the means mentioned by mothers are: humour, the great outdoors, animals, smoking, eating chocolate and drinking.

Yeah and then sweet things...chocolate...that's a sort of...a great passion that erm...and...food has been one as well...perhaps a kind of substitute in a way...-for...all the rest of it...if life's been sort of like...

Mothers seem to know how to turn difficulties into triumphs. This ability grows out of their own earlier, sometimes painful experiences. Against the backdrop of those experiences, it is easier for them to put their current difficulties into perspective and appreciate what they have at the present time.

...I know it's all in different benefits, but anyway, we can afford to pay the rent and we have...money to buy food and nappies so that we have that self-sufficiency...that's quite important to me...it was just yesterday I wrote down in my diary all the things I'm grateful to have and why this all feels so good right now, so it's...there have been times when I've had nothing else to eat except doughnuts from the food waste bin...and water...

Figure 2 describes the well-being of mothers in low-income families based on the experiences reported by the mothers interviewed in this study as well as the meanings extracted from their accounts. The picture that emerges of well-being is one of a complex and multifaceted phenomenon that involves not only dimensions of experienced health and health as the opposite of illness but also dimensions that tie in with the family's everyday life and life situation. Dimensions are not separate, they are linked to one another and sometimes one dimension may take more space than the others in mothers' and families everyday life.

## Discussion

### *Study rigour, limitations and ethics*

As the generic, qualitative criterion of credibility is often seen inadequate as an expression of rigour for interpretive phenomenology (30, 36, 37), the rigour of this study was guided by expressions of rigour for interpretive phenomenology proposed by De Witt and Ploeg (46) through a critical review of published nursing research in interpretive phenomenology from 1994 to 2004. This expression is developed for interpretive phenomenology and is not quite compatible with method connecting descriptive and hermeneutic phenomenology, but it gave useful guiding for the novice researcher (AV).

Balanced integration refers to the intertwining of philosophical concepts in the study methods and findings and a balance between the voices of study participants and the philosophical explanation; openness relates to a systematic explicit process throughout the study process and

concreteness to usefulness for practice of study findings; resonance encompasses the experiential effect of reading study findings upon the reader and actualization refers to the future realization of the resonance of study findings (46). To make it easier for the reader to trace the researcher's thinking and to assess the rigour of this study with these expressions, the study process was reported as systematically and clearly as possible and backed up with authentic quotations. The process of identifying researcher's (AV) preconceptions and decision-making was supported throughout the study by the researcher's field diary notes and by discussions with a more experienced researcher (PÅ-K). All the interviews and transcriptions were carried out by the same researchers (AV), which serves to increase trustworthiness of the analysis because it allows the researcher to revisit the familiar material whenever necessary and in this way to make sure that there are no conflicts and contradictions between the original material and the interpretations put forward (10, 36).

The informant mothers in this study were in a highly vulnerable situation; under a constant threat of social stigmatization and applying every ounce of their personal resources. This fact had to pay attention during whole study process by the researchers. Assuring of anonymity and confidentiality of participants, the researcher (AV) first contacted the mothers via social workers and the local parish and voluntary sector by sending the information letters and asking for contact information from those who were willing to participate. She only asked permission to interview them once they had consented to being contacted, once they had been given additional information about the research and reminded that they were free to drop out of the study at any time. At this stage, none of the mothers declined (43–45).

The people who passed on the mothers' contact information were bound by secrecy and even though they had received permission from the informants to give their telephone numbers, they wanted the researcher to maintain their anonymity as far as possible and not to write down their names. This wish was respected and mothers were only interviewed once, which may reduce the trustworthiness of the study (36, 37).

In two families, the presence of children in the interview situation may have had an effect on what the mothers chose to say and leave unsaid (37). According to Averitt (1) the informants' different socio-economic background compared with that of the researcher presented a barrier of understanding. We did not notice such barriers in this study.

The overriding aim in data collection situations was to respect the participant's and her family's privacy, to avoid imposing feelings of guilt and to create an atmosphere of safety and confidentiality. Whenever the mothers voiced a need for support or described the hardships of their everyday life, the researcher (AV) advised them to contact



the relevant social and health services. The researcher also gave all of them her own contact information in case they needed to contact her later. None of the mothers did contact the researcher (44).

### Findings

Meaningful activities and ordinary everyday life with its routines and rhythms were an integral part of these mothers' well-being. Denham (2, 48, 49) has highlighted the importance of the routines and rituals that stem from the rhythms of everyday family life to the family's health as also the key role of the mother in maintaining these routines and rhythms. In family-oriented nursing, it is important to try and find out how mothers and their families interpret and understand the meanings of different life situations, how they impact the flow of their everyday life and how everyday life gains its sense of purpose (cf. 47).

The results of this study maintain the primacy of mother's mental and spiritual health to their everyday experiences of health. Several studies have shown an association between low income and mental health (6, 50, 51). In a recent major Finnish survey ( $n = 8970$ ), Lahelma et al. (52) reported a significantly elevated risk of mental health problems in people who had experienced financial hardship in their childhood family.

Our results also highlighted the importance of learned knowledge about health (cf. 14) as well as the dissociation of that knowledge from mothers' everyday life. This result supports the conclusion that knowledge about the meanings of health in the mother's and the family's everyday life provides a more viable starting point for health promotion than giving them information that is irrelevant to their situation. This is consistent with the findings of Jain et al. (53), who reported that low-income mothers attached less importance to BMI scores than to whether or not their children were bullied at school because of their weight.

In these mothers' everyday life, the absence of a network of significant others and the loneliness that follows give rise to ill-being. Earlier research confirms that such a network can be a crucially important source of social support. It is of particular significance to mothers and families living in high risk conditions (17, 18, 20). Again there is earlier evidence to support the finding that factors describing internal family functioning are important components of family well-being (54, 55). In particular, efforts to enhance interaction between small children and parents have yielded positive results in families at risk (17, 21, 22).

The very presence of a child and family is a source of strength for mothers, a resource that spurred them on; they feel that they can get over everything. In the study by Keating-Lefler et al. (18), American low-income single mothers described the strength they received from

motherhood in terms of a sense of resilience that made them believe in a better future.

One of the component factors of well-being emerging from this study is an optimistic belief in the future and related future plans and aspirations, which are connected with mothers' faith to self-regulate well-being of her own and that of her family and her courage to live by one's own values (cf. 1, 56). It is important to support the role of mothers as facilitators of their own and the family's well-being. If a nurse says that family functioning is poor and if she shows no faith in it, that will very much undermine both the mother's and the whole family's belief in their ability to pull through and cause a sense of powerlessness (cf. 24, 57). The purpose of the support is not to lay down a strict set of rules as to how one becomes a 'good mother', but rather to instil in mothers a sense of belief in themselves and in other people as well as in what they can achieve as parents, in spite of their limited financial means, for instance (cf. 59).

As earlier researchers (1, 15, 19), we found that mothers have their own individual means and strategies of maintaining their and their family's everyday well-being. When our aim in family nursing is to promote healthier living habits and to understand how individual well-being is experienced, it is crucial to try and identify in mothers' individual means to cope with different life contexts and to understand the meaning of smoking, aggression and other behaviours with adverse health effects.

The ability of mothers to turn their difficulties into triumphs and find their strengths points at the same kind of phenomenon that Averitt (1) described in a study of homeless mothers who showed great internal strength and resilience in the face of everyday difficulties. It is important in nursing practice to try and recognize and support these kinds of strengths.

### Conclusions

This research gives information about Finnish low-income mothers' health and well-being from their perspectives in everyday life. We do not have much of this kind of nursing research in Finland. This information helps nurses to understand low-income mothers' point of health in different health situations in nursing practice, where they meet one another. If a mother, for example, is struggling to make ends meet and to keep her family alive, she will obviously be more preoccupied with how she is going to cope today and tomorrow than with issues of health promotion and other more far-reaching projects.

If the nurse has some understanding of low-income, at-risk mother's individual resources and her means of maintaining well-being, her decision-making style and what kind of values are steering mothers' health behaviour, it helps the nurse to understand a mother's action and choices as well as the impact of the nurse's own action

in trying to support mother and her family. Sometimes it is enough to arrange baby sitter for couple of hours for helping the mother to get her own time; sometimes the mother may feel nurse's actions even harmful for her own and her family well-being.

It may be more valuable to a mother to promote the flow of every day life or the internal family functioning than to find out alcohol abusing or smoking habits in family. This provides important pointers for the development of resource-oriented models, instead of problem-oriented models, of supporting families living in different kinds of life context. Even though the views of low-income mothers of their own and their family's well-being do not significantly differ from other people's views, it is possible that we need to go about supporting them in different ways.

Furthermore, the results lend support to the notion that family nursing has to take a broad view on family health and well-being (Fig. 2), rather than orienting itself simply to physical health or medical knowledge. For example, in spite of common priority of basic physical needs, the primacy of mother's mental and spiritual health in everyday life challenge nurses to debate about what kind of nursing interventions support the well-being of low-income mothers and their families.

In nursing practice, it is important to take into account social aspect of family health and to understand the diversity of families and family life and to recognize that the health and well-being of individual family members are grounded in their own individual life situations (cf. 47, 58, 59). In future, it is important get more knowledge of the experiences of health and health promotion in low-income families from the point of view of mothers and other family members.

## Acknowledgements

The authors express their appreciation to mothers, who shared their experiences with them and to social workers and the workers in the local parish and voluntary sector, who helped to find these mothers.

## Author contributions

Anne Vuori is the author of the study, and was also responsible for the conception and study design, data collection and data analysis. Päivi Åstedt-Kurki was responsible for the conception and study design, critical revision of the manuscript and supervising during the whole process.

## Funding

The Medical Research Fund of Tampere University Hospital, Pirkanmaa Hospital District (reference no. EVO 9 F237), was responsible for funding this study.

## References

- 1 Averitt S. 'Homelessness is not a choice' the plight of homeless women with preschool children living in temporary shelters. *J Fam Nurs* 2003; 9: 79–100.
- 2 Denham S. *Family Health, A Framework for Nursing*. 2003, F. A. Davis, Philadelphia, PA, USA.
- 3 European Commission, Economy and Finance (2008) *Eurostat GDP per capita in Eurostat: PPS*. <http://ec.europa.eu/eurostat> (last accessed 13 November 2008).
- 4 Statistics Finland, Income distribution statistics (2008) *Reports of Social Insurance Institution*. [http://tilastokeskus.fi/til/tjt/2006/tjt\\_2006\\_2008-05-16\\_kat\\_004.html](http://tilastokeskus.fi/til/tjt/2006/tjt_2006_2008-05-16_kat_004.html) (last accessed 13 November 2008).
- 5 Gordon J. Child protection at the community level. *Child Abuse Rev* 2004; 13: 368–383.
- 6 Meltzer H, Gatward R. *The Mental Health of Children and Adolescents in Great Britain*. Summary Report. 2000, National Statistics, The Stationery Office, London, UK. [http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme\\_health/KidsMentalHealth.pdf](http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_health/KidsMentalHealth.pdf).
- 7 Ferguson-Marshall E, Miller J. Sociocultural influences on family health. In *Family Health Care Nursing, Theory, Practice, and Research* (Hanson S, Gedaly V, Kaakinen J eds), 2005, F.A. Davis, Philadelphia, PA, USA, 101–121.
- 8 Olds D. The nurse–family partnership: an evidence-based preventive intervention. *Infant Ment Health J* 2006; 27: 5–25.
- 9 White J. Patterns of knowing: review, critique, and update. *Adv Nurs Sci* 1995; 17: 73–86.
- 10 Zalm J, van der Bergum V. Hermeneutic-phenomenology: providing living knowledge for nursing practice. *J Adv Nurs* 2000; 31: 211–218.
- 11 Hart A, Hall V, Henwood F. Helping health and social care professionals to develop an 'inequalities imagination': a model for use in education and practice. *J Adv Nurs* 2003; 41: 480–489.
- 12 Russell S, Daly J, Hughes E, Op't Hoog C. Nurses and 'difficult' patients: negotiating non-compliance. *J Adv Nurs* 2003; 43: 281–287.
- 13 Hart A, Freeman M. Health 'care' interventions: making health inequalities worse, not better? *J Adv Nurs* 2005; 49: 502–512.
- 14 Åstedt-Kurki P. *Terveys, hyvä vointi ja hoitotyö kuntalaisten ja sairaanhoitajien kokemana (Health, Wellbeing and Nursing as Experienced by Municipal Residents and Nurses)*. Doctoral Thesis. Acta Universitatis Tamperensis. Ser A, Vol. 349. 1992, University of Tampere, Tampere, Finland.
- 15 Åstedt-Kurki P, Hopia H, Vuori A. Family health in everyday life: a qualitative study on well-being in families with children. *J Adv Nurs* 1999; 29: 704–711.
- 16 Salsberry P, Nickel J, Polivka B, Kuthy R, Slack C, Shapiro N. Self-reported health status of low-income mothers. *Imag J Nurs Sch* 1999; 31: 375–380.
- 17 Häggman-Laitila A. Early support needs of Finnish families with small children. *J Adv Nurs* 2003; 41: 595–606.
- 18 Keating-Lefler R, Brage Hudson D, Campbell-Grossman C, Ofle Fleck M, Westfall J. Needs, concerns, and social support of single, low-income mothers. *Issues Ment Health Nurs* 2004; 25: 381–401.

- 19 Oakley L, Song M-K, DeBose-McQuirter M. Positive and negative depression coping in low-income African American women. *Res Nurs Health* 2005; 28: 106–116.
- 20 Yanicki S. Social support and family assets: the perceptions of low-income lone-mother families about support from home visitation. *Can J Public Health* 2005; 96: 46–49.
- 21 Schiffman R, Omar M, McKelvey L. Mother–infant interaction in low-income families. *Am J Maternal/Child Nurs* 2003; 28: 246–251.
- 22 Horodyski M, Gibbons C. Rural low-income mothers' interactions with their young children. *Pediatr Nurs* 2004; 30: 299–306.
- 23 Wambach K, Koehn M. Experiences of infant-feeding decision-making among urban economically disadvantaged pregnant adolescents. *J Adv Nurs* 2004; 48: 361–370.
- 24 Herth K. Hope from the perspective of homeless families. *J Adv Nurs* 1996; 24: 743–753.
- 25 Naughton A, Heath A. Developing an early intervention programme to prevent child maltreatment. *Child Abuse Rev* 2001; 10: 85–96.
- 26 Becker J, Kovach A, Gronseth D. Individual empowerment: how community health workers operationalize self-determination, self-sufficiency, and decision-making abilities of low-income mothers. *J Community Psychol* 2004; 32: 327–342. <http://www.interscience.wiley.com>.
- 27 Paavilainen E, Åstedt-Kurki P, Paunonen-Ilmonen M, Laipala P. Risk factors of child maltreatment within the family: towards a knowledgeable base of family nursing. *Int J Nurs Stud* 2001; 38: 297–303.
- 28 Rask K, Åstedt-Kurki P, Laipala P. Adolescent subjective well-being and realized values. *J Adv Nurs* 2002; 38: 254–263.
- 29 van Manen M. From meaning to method. *Qual Health Res* 1997; 7: 345–369.
- 30 Maggs-Rapport F. 'Best research practice': in pursuit of methodological rigour. *J Adv Nurs* 2001; 35: 373–383.
- 31 Oiler Boyd C. Phenomenology the method. In *Nursing Research: A Qualitative Perspective* (Munhall P ed.), 2001, Jones and Bartlett, Boston, MA, USA, 93–122.
- 32 Giorgi A. The status of Husserlian phenomenology in caring research. *Scand J Caring Sci* 2000; 14: 3–10.
- 33 Kleiman S. Phenomenology: to wonder and search for meanings. *Nurse Res* 2004; 11: 7–19.
- 34 Cohen MZ, Kahn DL, Steeves RH. How to analyze the data? In *Hermeneutic Phenomenological Research: A Practical Guide for Nurse Researchers, Methods in Nursing Research* (Cohen MZ, Kahn DL, Steeves RH eds), 2000, Sage Publication, Thousand Oaks, CA, USA, 71–83.
- 35 Price B. Laddered questions and qualitative data research interviews. *J Adv Nurs* 2002; 37: 273–281.
- 36 Whitehead L. Enhancing the quality of hermeneutic research: decision trail. *J Adv Nurs* 2004; 45: 512–518.
- 37 Kahn D. Reducing bias. In *Hermeneutic Phenomenological Research: A Practical Guide for Nurse Researchers, Methods in Nursing Research* (Cohen MZ, Kahn DL, Steeves RH eds), 2000, Sage Publication, Thousand Oaks, CA, USA, 85–92.
- 38 Giorgi A. The theory, practice and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *J Phenomenol Psychol* 1997; 28: 235–261.
- 39 Karlsson G. *Psychological Qualitative Research from a Phenomenological Perspective*. 1993, Almqvist & Wiksell International, Södertälje, Sweden.
- 40 Holmström I, Dall'Alba G. 'Carer and gatekeeper' – conflicting demands in nurses' experiences of telephone advisory services. *Scand J Caring Sci* 2002; 16: 142–148.
- 41 Giorgi A. Concerning variations in the application of the phenomenological method. *Humanist Psychol* 2006; 34: 305–319.
- 42 Rapport F, Wainwright P. Phenomenology as a paradigm of movement. *Nurs Inq* 2006; 13: 228–236.
- 43 Maijala H, Åstedt-Kurki P, Paavilainen E. Interaction as an ethically sensitive subject of research. *Nurse Res* 2002; 10: 20–37.
- 44 Ensing J. Ethical issues in qualitative health research with homeless youths. *J Adv Nurs* 2003; 43: 43–50.
- 45 Kavanaugh K, Moro T, Savage T, Mehendale R. Enacting a theory of caring to recruit and retain vulnerable participants for sensitive research. *Res Nurs Health* 2006; 29: 244–252.
- 46 De Witt L, Ploeg J. Critical appraisal of rigour in interpretive phenomenological nursing research. *J Adv Nurs* 2006; 55: 215–229.
- 47 Spiers J. New perspectives on vulnerability using emic and etic approaches. *J Adv Nurs* 2000; 31: 715–721.
- 48 Denham S. Family health in an economically disadvantaged population. *J Fam Nurs* 1999; 5: 184–213.
- 49 Denham S. Family routines: a structural perspective for viewing family health. *Adv Nurs Sci* 2002; 24: 60–74.
- 50 Peden A, Rayens M, Hall L, Grant E. Negative thinking and the mental health of low-income single mothers. *J Nurs Scholarsh* 2004; 36: 337–344.
- 51 Brown G, Moran P. Single mothers, poverty, and depression. *Psychol Med* 1997; 27: 21–33.
- 52 Lahelma E, Laaksonen M, Martikainen P, Rahkonen O, Sarlio-Lähteenkorva S. Multiple measures of socioeconomic circumstances and common mental disorders. *Soc Sci Med* 2006; 63: 1383–1399.
- 53 Jain A, Sherman S, Chamberlin L, Carter Y, Powers S, Whitaker R. Why don't low-income mothers worry about their pre-schoolers being overweight? *Pediatrics* 2001; 107: 1138–1146.
- 54 Åstedt-Kurki P, Friedemann M-L, Paavilainen E, Tammentie T, Paunonen-Ilmonen M. Assessment of strategies in families tested by Finnish families. *Int J Nurs Stud* 2001; 38: 17–24.
- 55 McCreary L, Dancy B. Dimensions of family functioning: perspectives of low-income African American single-parent families. *J Marriage Fam* 2004; 66: 690–701.
- 56 Daiski I. Perspectives of homeless people on their health and health needs priorities. *J Adv Nurs* 2007; 58: 273–281.
- 57 Feeley N, Gottlieb LN. Nursing approaches for working with family strengths and resources. *J Fam Nurs* 2000; 6: 9–24.
- 58 Ford-Gilboe M, Wuest J, Merritt-Gray M. Strengthening capacity to limit intrusion: theorizing family health promotion in the aftermath of woman abuse. *Qual Health Res* 2005; 15: 477–501.
- 59 Porr C, Drummond J, Richter S. Health literacy as an empowerment tool for low-income mothers. *Fam Community Health* 2006; 29: 328–335.

Copyright of Scandinavian Journal of Caring Sciences is the property of Blackwell Publishing Limited and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.

# Experiences of health and well-being among Finnish low-income fathers

Anne Vuori<sup>a</sup> and Päivi Åstedt-Kurki<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Lahti University of Applied Sciences, Lahti, <sup>b</sup>University of Tampere, Tampere, Finland

Accepted for publication 7 December 2011

DOI: 10.1111/j.1440-1800.2011.00590.x

VUORI A and ÅSTEDT-KURKI P. *Nursing Inquiry* 2012 [Epub ahead of print]

## Experiences of health and well-being among Finnish low-income fathers

This article describes the everyday experiences of health and well-being among Finnish low-income fathers. The aim of study is to understand the health experiences of low-income fathers and the factors influencing the health experience and to develop nursing care in order to provide support for them. The approach is phenomenological and method is based on hermeneutical and descriptive phenomenology. The informants in this study were seven low-income Finnish fathers with children under 16 years old. Well-being of the fathers appeared as personal, realistic and bound to everyday life: income sufficient for meeting basic needs, everyday health, the pleasure and privilege of life and the meaningfulness of the relationships in family and in community. Fathers used individual methods for maintaining the experience of well-being and they experienced the support from official sources as positive or negative. The findings of this study suggest that well-being of low-income fathers living under threat of marginalisation will be supported by care providers taking into account individual, social and economic factors, and that this support will have to be gender-sensitive, realistic and based on their everyday life.

**Key words:** family care, inequalities in health, men's health, phenomenology, public health nursing.

The paper describes the everyday experiences of health and well-being among Finnish low-income fathers with children under 16. The study that is reported on here is part of a larger research project which seeks to determine the health experiences of low-income families with children and the factors influencing the health experience and to develop nursing care in order to provide support for these families and counteract the growth in health inequalities (Vuori and Åstedt-Kurki 2009).

Previous findings have shown that, besides psycho-social factors and health behaviours, material circumstances are a significant factor leading to health differences and socioeconomic status is associated with health, morbidity, mortality (e.g. Wood 2003; Mäki and Martikainen 2007), health behaviour, self-perceived health (Rahkonen et al. 2007; Jones and Wildman 2008) and use of health services (Lostao et al. 2007; Wamala et al. 2007). Low income does not, however,

always equate to poor health, nor does high income infer good health, the association is more complex than that (e.g. Rahkonen et al. 2000). Some studies have shown that the unequal distribution of income has a greater effect on health than the level of income (Isaacs and Schroeder 2004; Wilkinson and Pickett 2006). This does not, however, appear to explain the association between the magnitude of health effects of income differences in developed countries. For example, in Finland, the income differences are among the smallest in the world, whereas the life expectancy for Finnish men only reaches the European average, and the socioeconomic differences in mortality are great in comparison with the rest of Europe (Lahelma et al. 2007).

One of the factors having an impact on health is gender. It is known that men die younger and more often of cardiac events, stroke, cancer and diabetes and that they often engage in unhealthier behaviours and also seek care later than women (e.g. Robertson and Williamson 2005; Robertson et al. 2009; Helakorpi, Laitalainen, and Uutela 2010; WHO 2010). Comparisons between women and men and

Correspondence: Anne Vuori, Laiduntie 3, 17200 Vääksy, Finland.

E-mail: <anne.vuori@lamk.fi>



analyses of men's health behaviours and health beliefs have shown that men interpret and express their health experiences differently, through male socialization, and also act differently in health-related issues (e.g. are more reluctant to seek help when they experience illness) than women, even though the relationship between masculinity and health-related risk behaviour is not straightforward and there are many other determining variables like socioeconomic status, occupation, ethnicity and age (Galdas, Cheater, and Marshall 2005; Robertson et al. 2009).

The combination of gender-related health inequality and low socioeconomic status increases the health risks among men (e.g. Lohan 2007). Seale and Charteris-Black (2008) demonstrated that especially men in lower social classes see illness as a threat to their masculinity. The findings of Sanders Thompson et al.'s study (2009) showed that economic pressure, the desire to retain masculine strength and community norms deterred low-income African-American men from seeking health information and care or medical treatment until symptoms and illness became apparent. Low-income men have also been found to have fatalistic health-related perceptions, distrust of the healthcare system and fear for the costs caused by treatment of illness for the family (Weinrich et al. 2000; Maliski, Clerkin, and Litwin 2004).

In this paper, our special interest concentrates on fathers of low-income families. The health and well-being of low-income fathers have been examined in several disciplines from the perspectives of social sciences and health sciences. It can be concluded from the earlier studies that the lives of low-income fathers appear to be marked by many cumulative threats to health and well-being which reduce their mental health and increase behaviours hazardous to health (Anderson, Kohler, and Letiecq 2005; Everett et al. 2006). On the other hand, these fathers are capable of sensitive interaction promoting the child's cognitive development, especially if they are offered support. The fathering role of low-income fathers does not differ substantially from the rest of the population; it is important for them to be there for their children, their own fathers are important for them as role models, and their fatherhood is highly individual (Brophy-Herb et al. 1999; Shannon et al. 2002; Roy 2006; Shears et al. 2006). Supporting and sharing in fatherhood and parenthood can strengthen the father's role and the health and well-being of the whole family (Summers et al. 1999; Cowan et al. 2007). Prejudice and experiences of exploitation and discrimination affect the health experiences of fathers. Understood as one part of well-being, health implies functional capacity that makes it possible to meet the obligations of paid work, gender and fathering. These obligations also involve a certain amount of conflict

that may be alleviated in some cases by seeking pleasure in life through risk consumption of alcohol, tobacco and food (Williams 2007).

Although nursing research focusing on health equalities is well established, especially in North America, there are relatively few nursing studies about the experiences of health and well-being of low-income fathers. In their review, Flaske-rud et al. (2002) described the development of nursing research focusing on health inequality in USA during five decades. They claim that in the early stages of development, the topic attracted only scanty interest and was mostly marked by a descriptive approach, but now the situation has developed in terms of both content and methodology. The current focus on the topic reflects increased interest in community-based, interventionist methodological approaches that involve participants in the research process and aim at finding tangible solutions. A similar development can also be detected in Europe, although the field of research in European, especially in Scandinavian nursing research, is relatively young.

Finnish society is considered equal, and many indicators show that while socioeconomic health inequalities have mostly remained unchanged or have even grown over the past decades, the health of the Finnish population has improved. Therefore, reducing health differences has been identified by the Finnish Ministry of Social Affairs and Health as one of its major health policy objectives (STM 2008). However, low-income families have received little attention in Finnish nursing research. Some interest has been shown in fathers' experiences and views of fathering (e.g. Mesiäislehto-Soukka 2005; Halme 2009), but low-income or low socioeconomic status has appeared more as a background factor than as one influencing the experience of health. The impact of low income on family health was addressed in Halme's (2009) quantitative study of the time spent between the father and young children, fathering-related stress and the father's satisfaction with the couple relationship ( $n = 1082$ ). While the results showed that family income was insignificant in terms of the time fathers and children spent together, low-income fathers reported more difficulties in the attachment relationship between the father and child, they more often experienced insecurity about their parenting skills and had more depressive symptoms and health problems, and low income was associated with disagreements over money in the family. The low-income group also demonstrated more isolation and had more risk users of alcohol than other groups (Halme 2009). To be able to support the health of these fathers and also the health of the whole family, we need more information from the perspective of fathers and

about the obstacles that undermine their well-being in everyday life.

Previous studies have defined low income in many different ways; low income can be absolute or relative (e.g. material deprivation) and objective or subjective, which can complicate the comparability and use of results in different contexts. In the study described here, we have used a relative and objective definition of low income – the fathers recruited were those who received income support. Income support is one of the benefits in the Finnish social assistance system that is granted to individuals or families who do not have adequate minimum income.

## **METHODS AND PARTICIPANTS**

The phenomenological method is well suited for examining the subjective experiences of well-being in Finnish low-income fathers because there is little prior knowledge of the topic (Giorgi 2000; Oiler Boyd 2001; Whitehead 2004). Our method was based on mainly hermeneutical phenomenology, but in data analysis, we utilized ideas from descriptive phenomenology. Phenomenological description and interpretation provide a possibility to understand fathers' experiences of well-being in everyday life situations (van Manen 1997; Mackey 2005; Rapport and Wainwright 2006; Dowling 2007; Flood 2010).

The participants in this study were seven low-income Finnish fathers with one or more children under 16 years. The fathers' ages ranged from 26 to 49 years (average = 43), and they lived in urban or rural areas in southern Finland. Fathers were recruited by convenience sampling from among those who had received some income support for at least 12 months and were willing and able to articulate their experience of health and well-being. All the fathers were Finns, and they did not belong to any racial or ethnic minority group. The most common reasons for the need for income support were unemployment, illness, substance abuse and the presence of multiple problems. One of the interviewed fathers lived with the mother of his child, and one of the fathers lived alone with his child, while five fathers were living alone and saw their children either regularly or irregularly.

In this study, much attention was paid to fathers' vulnerable situation and assuring of anonymity and confidentiality. After getting ethical approval and permission for our study from the different communal social offices and contacting the fathers via social workers by sending 35 information letters, first author asked the fathers who were willing to participate in our study to send her their contact information. After sending an additional 20 information letters, contact

information was obtained during six months from seven fathers who were willing to take part in the research. Fathers chose the place they preferred to meet the investigator (mostly in local offices of social services, some at home). Although they were reminded that they were free to drop out of the study at any time, none declined at this stage.

The data were collected in 2006–2007 by interviewing the fathers. Each informant was interviewed once by the first author, and each interview lasted from one and half-hour to three hours. All the interviews were tape-recorded. The aim of the face-to-face interviews or shared conversations was not to steer or control the conversations but to give the participants a chance to share their experiences of their health and well-being in their everyday life. The interviewer guided the shared conversation by probing questions like 'What kinds of situations make you feel well or unwell? or What is important in your life right now?' in view of getting richer data (Kahn 2000; Price 2002; Whitehead 2004). The interviewer used a researcher's diary (cf. Bulpitt and Martin 2010) to reflect upon the impact of her prior experiences in the interview situations and to recognize her own biases related to participants and their life.

The data were analysed using a phenomenological method. The method was modified from Cohen, Kahn, and Steeves (2000) phenomenological method, used in nursing research and phenomenological psychological method developed by Giorgi 2000 and Perttula 2006. In the first stage, data were collected and transcribed by the first author, pooled into one data set (129 single-spaced pages) and read several times with an open mind. In the second stage, key expressions by each father were extracted from the interview material. In the third stage, each unit of meaning was translated into standard language. The fourth stage identified each father's specific situated structure of meanings and on this basis produced key contents by means of imaginative variation. In the fifth stage, the analysis proceeded from individual meanings to a general level. The individual-specific meaningful units were synthesized into meaningful perspectives which were useful to construct a general description of well-being and its maintenance among the low-income fathers in this study.

## **FINDINGS**

The experience of well-being of the fathers participating in this study appeared as personal, realistic and bound to everyday life. Fathers used individual methods for maintaining the experience of well-being, and they experienced the support from official sources as positive or negative.

### *Income sufficient for meeting basic needs and everyday health*

According to these study participants, lack of money dominated their everyday life and reduced their well-being. Sufficient income provides for an easier everyday life, less worry and better psychological well-being. Fathers did not want to put emphasis on money in itself, but when there was not enough money to cover daily expenses, economic hardship dominated life, and its significance in everyday life grew. Father 2 exemplified this when he said:

That you have enough food, enough money, that's about it, money can buy everything you need. That's one of the nuisances, when you have to count cents, you could manage much better if you had the economic opportunity... not that money matters in itself. But I have to admit that if, I had more money, it would, bring a certain amount of well-being to the family too.

Fathers identified well-being with many dimensions of everyday health: absence of pain and symptoms of illness, and balance of mind and feelings of happiness. They found that relevant to one's well-being was how the rest of the family or good friends are doing. They appreciated physical health because it enabled independent coping in everyday life.

### *The pleasures and privileges of life*

The fathers talked about good food and the pleasure created by it as part of their well-being. Food meant for them more than just nutrition, and so they wanted to be able to choose the foods they liked. The scarcity of money complicated the possibility to enjoy good and healthy foods.

The everyday well-being of fathers involved activities, especially with their children, which were meaningful and useful and required know-how. Reading books, watching TV and outdoor exercise were an important means of diversion or recreation, but fathers also reported needing a meaningful preoccupation that allowed them to show know-how.

Fathers described a sense of helplessness, which contributed to ill-being and disappointment in oneself and reduced self-confidence and faith in one's coping. The right to be oneself involved a possibility to make choices in everyday life and to influence one's own life and the lives of those one cares about. Fathers stated that it was important to find one's own answers to small everyday problems and to understand and do things in one's own way. As father 7 expressed it:

It's like sharpening one side of the scythe, if someone helps me, I will help them. For example, if I go to the social welfare office I would sometimes go with a bag of candy- here's some candy for you. I haven't applied for benefits. I'm not one to beg. You'll just have to tighten the belt.

### *The meaningfulness of the relationships in family and in community*

The possibility to be a father to one's children was very important to these fathers. They wanted to see their children grow and develop, and to be present in the everyday life of their children in one way or another even though living apart. They wanted to help their children in everyday matters, spend time with them, give them joy and perceive that they are important and necessary for their children. They wanted to bear responsibility for their children and were sorry if they failed. A good relationship with the child's mother made it possible to be a father. As father 4 described:

We telephone almost every day. They live with their mother as far as X. At least for our children I've been an important person. I would get these feelings of moral discomfort: I would promise the kids to come and visit them. They wait for me and then something comes up and I can't make it. When they wait and wait...and he did not come. It has happened more than once; I haven't been able to make it. Of course they give more than they take. They're everything to me.

Controlled membership in a social network strengthened well-being. Fathers carefully weighed the pros and cons of belonging to a network. They were cautious about becoming excessively dependent on others but found it important to see such relatives, acquaintance, friends and neighbours from who they receive acceptance and support. Fathers appreciated the rituals bringing relatives together because they create well-being and security for the children. They needed other people also because it was gratifying to support and help them. Poor financial situation may have decreased contacts with friends, but similar problems strengthened the sense of togetherness. The experience of being treated unfairly by society connected them. Father 3 described the importance of the meeting those others, who were living in same kind of poor conditions like him:

I would go out on the street in X and do a round of stories...so to speak. It's sort of co-operation, you know. You help one another. The ones in the ivory towers could get off their high horse, but they don't really know what's going on. They've got good salaries and all the services. What do they know?



## *Fathers' individual methods for maintaining their well-being*

Fathers' descriptions of well-being also included methods which they used to maintain their well-being. One of the methods was to focus on the present moment and to make choices related to well-being that they believed would influence their everyday life. The fathers felt that their earlier experiences guided their choices. For example, father 4 stated:

Usually if you suffer from alcoholism you will relapse, sooner or later. It can be really rough or a bit milder: You manage to pick up the pieces quickly, but it can also lead to a very long downhill slide. Yes, it is there all the time, but I try to control the cycles so that this week I won't even have a beer after sauna so it won't get out of hand. If I drink a six pack of beer I'll end up at a bar. Because I tend not to plan ahead, I never know what I'm going to do next week. That's how I am I live in the here and now.

The ability to laugh at oneself, either with others or alone, supported fathers' well-being. They used humour to deal with difficult issues and to see the funny side of life despite adversity. Fathers wanted to save face, changing the meanings of things by denying their value in everyday life or by blocking the problem out of the rest of their life. Fathers tried to find an explanation for why things were going bad, that one is depressed, is using too much alcohol, has not had contact with the children, suffering from sleeplessness or loneliness. For example, father 4 told that, although he sometimes felt loneliness, there are advantages to being alone:

In fact I'm not lonely although I'm alone. I've got a network of friends, quite extensive in fact - I really don't feel exactly. On the other hand, I do like being on my own. When you're on your own, you don't have to listen to anybody or to live by anyone else's rules. You can do what you like, when you like. If you don't want to do anything, then you won't. So it's. I also think that... I think one should learn to do nothing.

## *The support of well-being received from official sources*

The support provided mainly from health and social services, both strengthened and weakened the well-being of the fathers. They had good experiences of the support their children had received from the child welfare clinic, day care services and other health services. Fathers experienced that the children received help when they

needed it, whereas it was more difficult for a father to get help and support. The high turnover of health-care staff was perceived as inconvenient, and together with long waiting times and the experience of having gotten the runaround, it strengthened fathers' poor image of health centre services. Father 5 described this as follows:

They do tend to give you a run-around, that's the negative side of it. You have to go to the social services and the health centres and all, and the Social Security Institution, and the employment, the job centre, and everywhere you have to. It's like rallying. They just shuffle the papers back and forth.

Fathers' experience of support was also weakened by the complicated social assistance system where, for example, the client might have to wait for financial assistance for a long time. They received support if they were persistent and knew how to apply for it. They also reported bad experiences of the treatment they received in health and social services. They had found that it was possible to influence the quality of services through one's conduct, but it was hurtful if employees were contemptuous of clients and did not take their problems seriously. Receiving conflicting instructions that did not work in everyday life also undermined their well-being.

## *Health and well-being of low-income fathers and their individual methods for maintaining well-being*

Well-being of the Finnish low-income fathers participating in this study consisted of different and somewhat scattered meanings: sufficient for meeting basic needs, everyday health, good food and the pleasure created by it, meaningful preoccupation, the right to be oneself, the possibility to be a father to one's children and controlled membership in a social network. Those meanings which link to everyday life of Finnish low-income fathers and their basic needs, the pleasures and privileges of life and the meaningfulness of the relationships in family and in community, can be very important, for example, in decision-making concerning health and well-being.

Fathers' individual methods for maintaining their well-being include focusing on the present moment, using humour, using support provided by official sources and saving face. The individual methods used for maintaining the experience of well-being may receive either negative or positive meanings when they are examined from the perspective of objective health, social coping or family health.

## DISCUSSION

The knowledge generated by this study will aid understanding of the self-perceived health and well-being of low-income Finnish fathers. The meaning of income level in a person's life varies and often cannot be defined from the outside. The lack of money, however, complicated coping with everyday life and undermined the well-being of these fathers in many ways. The stress caused by economic hardship imposes a burden especially on the health and well-being of men, which has been found in several previous studies (Galdas, Cheater, and Marshall 2005; Seale and Charteris-Black 2008; Halme 2009). Health services do not, however, pay sufficient attention to the impact of economic hardship on the health and well-being of individuals or families (cf. Galdas, Cheater, and Marshall 2005; STM (Ministry of Social Affairs and Health) 2008).

Fathers' subtle description of everyday health – as an asset, feelings of joy and the well-being of those one cares about – supports the importance of comprehensively assessing the self-perceived health and well-being of these fathers as users of health services. Paying attention to just one health problem means losing the opportunity to provide support for fathers and families in difficult life circumstances (cf. Anderson, Kohler, and Letiecq 2005; Halme 2009). The results of this study corroborate findings from previous studies reporting the significance of physical well-being, especially as functional capacity in men with low social status and as a prerequisite for independent coping, as has been highlighted by Seale and Charteris-Black (2008) and Williams (2007).

All fathers in this study mentioned food and the pleasure of cooking and eating as an experience of well-being. A healthy diet may not be perceived as a viable option if it means giving up the pleasure provided by food. Comparative studies have demonstrated a statistical association between low income and unhealthy foods and that men are more likely than women to eat unhealthier foods (e.g. Donkin et al. 2000; Lallukka et al. 2007; Helakorpi, Laitalainen, and Uutela 2010). By contrast, the qualitative study of a similar population by Daborn, Dibsall, and Lambert (2005) in the UK showed that an unhealthy diet is necessarily not related to low income, lack of knowledge or availability of healthy food. They found that while the choices were limited by a lack of money, this did not in itself deter low-income fathers from eating well, as was also shown in this study. In contrast, they concluded that life experiences and personal health-related beliefs were highly relevant when choosing foods. Understanding the personal meaning of food in different life circumstances will sharpen meaningful dietary and lifestyle guidance from the client's point of view.

While the fathers interviewed in this study had to rely on outside help such as financial assistance from society, they found it important to retain the right to be themselves and thus sustain the experience of feeling in control of their lives. Similar results have been reported by Williams (2007), who studied England-based African-Caribbean and white working-class fathers' solitary ways of thinking, feeling and acting alone so as not to expose their vulnerability. This pattern of action also deterred them from seeking help for themselves. There is also evidence that the stress caused by low social status, which reduces a person's control over his or her life (Marmot and Wilkinson (2001), makes them feel inferior (Wilkinson and Pickett 2006). The challenge for client encounters in various support systems is whether clients are given an individual possibility to control their lives and how conscious this action is.

The fathers participating in this study reported that the chance to be a father was important for their own well-being and for the well-being of their children, even though they sometimes perceived that especially the official system did not regard them to be as important in the lives of their children as the mothers. The review by Nelson (2004) highlighted American low-income fathers' experiences of their fatherhood and showed that there is little information available on how fatherhood influences their behaviour and that which is available is somewhat contradictory. On the other hand, although it may be more challenging for low-income fathers facing difficult life circumstances to meet their obligations, their fatherhood may be as planned and appropriate, albeit in a different sense, as it is for middle-class fathers. Glikman (2004) and Shears et al. (2006) also showed that children may be as important for low-income fathers as a source of strength as for the mothers; fathers become equally attached to their children and are capable of accomplishing their fatherhood in many individual ways. The official system is at times incapable of helping them, and they are often unnecessarily labelled as irresponsible and bad fathers instead of truly listening to their stories. It thus appears that in these families, fathers need specific, individualized and unprejudiced support for their fatherhood (also Dubowitz et al. 2006). The starting point for this support could be an understanding of the meaning of well-being in fatherhood and recognition of the different ways of being a father in different life circumstances.

It seems evident that the significance of social support varies across individuals and life circumstances. The perceived conflict associated with the support received from a social network highlighted in this study has also been reported in other studies. Anderson, Kohler, and Letiecq (2005) found that social networks provided American low-

income fathers with support but also increased their anxiety, because they were unable to meet the role expectations of others or reciprocate their need for help. By contrast, Thomas et al. (2007) found that social support protected low-income clients receiving basic health-care from depression and anxiety. The findings of Halme (2009) showed that low family income was associated with isolation of fathers. More research into how these social networks function, what kinds of social norms are followed by those living under harsh life circumstances and how these could be taken into account when supporting their health and well-being is clearly needed.

The fathers in this study sought to maintain their well-being by concentrating on the present moment by using humour to deal with difficult issues, by trying to save face and by using outside help. Thompson and Fitzpatrick (2008) described the association between the adoption of health-promoting behaviours and a personal temporal perspective among low-income American adults. This group differed with respect to its temporal orientation; the majority of them failed to see continuous temporal relatedness between the past, present and future. While this study only involved seven participants, and the results cannot be extrapolated to any other groups, fathers' descriptions lend support to the conclusions of Thompson and Fitzpatrick (2008) about the relationship between choices and the time perspective. It can be more difficult for these fathers to believe that their risk behaviours could have an effect on their health in the future, which, in turn, may be associated with the choices they make.

The humour that appeared in these data as a method supporting the well-being of low-income fathers has also been previously reported. For example, Williams (2009) described the importance of a humour-like coping method of men. Humour was also linked to masculinity in that it diverted attention from a sense of vulnerability regarding health concerns as these men attempted to demonstrate that they were 'normal' or 'proper' hegemonic men. Clearly, using humour to support the well-being of different clients in different life circumstances would require knowledge of the clients' personal values related to good life, views on health and a client-centred approach to work.

It was also quite important for these fathers to save face in their own eyes and in the eyes of others. This may sometimes lead to conflict between the goals and the actions taken. In the study by Williams (2007), English fathers with lower social standing also pointed out the conflict between an unhealthy lifestyle, such as transgressive consumption of alcohol and tobacco, that might bring joy into the dullness of their life and the demands of a healthier lifestyle associ-

ated with parenting (cf. Robertson et al. 2009). Understanding the individual and also gender-related meanings created by different life circumstances could be a good starting point for health promotion.

The fathers participating in this study had both good and bad experiences of health and social care services. It is known that clients in the low-income group have difficulty in obtaining health services and that they tend to be at great risk of being mistreated and labelled as 'difficult' clients because of their cumulative problems (e.g. Galdas, Cheater, and Marshall 2005; Wamala et al. 2007). Fathers' bad experiences of health services resembled those reported by respondents in Wetta-Hall et al.'s (2005) study of low-income clients visiting the emergency department. Many patients wanted to be treated with more respect and to receive clearer instructions (also Kayaniyl et al. 2008).

Reducing health inequities is an important issue worldwide. According to Reutter and Kushner (2010), the context of health inequities includes how these inequities are experienced. This study pays attention to experience of well-being of fathers in low-income families participating in this study. The individual experiences of these fathers can reveal more clearly what kind needs concerning health and health services fathers living in this kind of life circumstances really have in their daily living.

A study such as this is of course not without limitations. It is not possible to achieve a complete understanding of another person's experience, nor is any one interpretation necessarily better than any another (Oiler Boyd 2001; Whitehead 2004; Rolfe 2006). The choice of a qualitative approach was based on a desire to reach informants who have often been difficult to involve in large statistical samples. Information was collected from seven fathers who could be interviewed only once because of confidentiality issues and out of respect for their own wishes, which may compromise the trustworthiness of the study (cf. Åstedt-Kurki, Paavilainen, and Lehti 2001). One reason for the minimal amount of informants was the difficulty reaching them. Fathers were recruited by sending more than 80 brochures describing the study to social workers and by visiting social services in several municipalities; because of strict professional secrecy and the difficult living condition of fathers, it was hard to find those who met the income criteria of this study. During a period of 6 months, we were only able to obtain contact information for these seven fathers.

However, the open interviews with fathers yielded a large (129 pages) and rich data set. Although the findings of this study pertain only to the health experiences of these seven

fathers, the knowledge developed can be used as a general example for the meanings associated with the health and well-being of low-income fathers.

## IMPLICATIONS AND CONCLUSIONS

The findings of this study highlight that well-being of low-income fathers living under threat of marginalization will be supported by care providers taking into account individual, social and economic factors and that this support will have to be gender sensitive, realistic and based on their everyday life. The findings support developing methods for mapping experienced health, the resources and coping strategies of low-income fathers. Understanding the meanings of economical distress in the everyday life of these fathers provides a more viable starting point for health promotion than would giving them information that is irrelevant to their situation.

Compared to the experiences of low-income mothers (Vuori and Åstedt-Kurki 2009), fathers were concerned more about physical health and feeling pleasure as components of their well-being, while mothers attached great value to the flow of everyday life and mental well-being. Insufficient economic resources meant for these fathers losing a sense of privilege, while for mothers, it meant problems with everyday cash flow. We concluded that, in supporting health and well-being of low-income families with children, it will be very important to take account of the father's point of view and accordingly to develop more gender-sensitive health services.

For these fathers, fatherhood was as significant to their well-being as motherhood is for mothers of low-income families (Vuori and Åstedt-Kurki 2009). Sociological and multidisciplinary research in fatherhood still concentrates more on problems than on the positive side of the fatherhood (Kearney et al. 2000; Mykkänen and Aalto 2010). Our findings show that those fathers living in stressful life circumstances have still resourcefulness and individual ways to maintain their well-being. As one learns more about clients, including their life circumstances, well-being and related values, and their everyday lives, their health and support needs can be better understood.

In nursing, especially in Nordic countries, very little attention has been paid to socioeconomic differences, nor is there specific nursing research related to low income. It is important to consider the role that healthcare personnel will play in achieving the objectives of national and worldwide programmes for reducing health inequalities (e.g. STM (Ministry of Social Affairs and Health) 2008; WHO 2008).

The findings of this study suggest that, through appropriate intervention, nurses can reduce socioeconomic health inequalities by identifying in their daily nursing practice the

association between low income and a client's health and well-being, by recognizing potential discrimination associated with socioeconomic status and by providing gender-sensitive and empowering nursing care in their daily interactions to low-income fathers and their families. A wider perspective is needed in nursing curricula to foster a deep understanding of the social context of health situations and changing social conditions. Through qualitative research, it becomes possible to give voice to the low-income client. As the nursing profession accepts a stronger role in the challenge of reducing health inequities, different research methodological approaches and interdisciplinary inquiries on social issues in nursing practice will strengthen the knowledge base.

## ACKNOWLEDGEMENTS

The authors express their appreciation to fathers, who shared their experiences with them, and to social workers and the workers in the local parish and voluntary sector, who helped to find these fathers.

## FUNDING

The Medical Research Fund of Tampere University Hospital, Pirkanmaa Hospital District (reference no. EVO 9 F237), was responsible for funding this study.

## REFERENCES

- Anderson EA, JK Kohler and BL Letiecq. 2005. Predictors of depression among low-income, nonresidential fathers. *Journal of Family Issues* 26: 547–67.
- Åstedt-Kurki P, E Paavilainen and K Lehti. 2001. Methodological issues in interviewing families in family nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 35: 288–93.
- Brophy-Herb HE, C Gibbons, MA Omar and RF Schiffman. 1999. Low-income fathers and their infants: Interactions during teaching episodes. *Infant Mental Health Journal* 20: 305–21.
- Bulpitt H and PJ Martin. 2010. Who am I and what am I doing? Becoming a qualitative research interviewer *Nurse Researcher* 17: 7–16.
- Cohen MZ, DL Kahn and RH Steeves. 2000. How to analyze the data. In *Hermeneutic phenomenological research: A practical guide for nurse researchers*, eds MZ Cohen and RH Steeves, 71–83. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cowan CP, PA Cowan, MK Pruett and K Pruett. 2007. An approach to preventing coparenting conflict and divorce



- in low-income families: Strengthening couple relationships and fostering fathers' involvement. *Family Process* 46: 109–21.
- Daborn C, L Dibsall and N Lambert. 2005. Understanding the food related experiences and beliefs of a specific group of low-income men in the UK. *Health Education* 105: 109–25.
- Donkin AJM, EA Dowler, SJ Stevenson and SA Turner. 2000. Mapping access to food in a deprived area: The development of price and availability indices. *Public Health Nutrition* 3: 31–8.
- Dowling M. 2007. From Husserl to van Manen: A review of different phenomenological approaches. *International Journal of Nursing Studies* 44: 131–42.
- Dubowitz H, W Lane, GL Greif, TK Jensen and ME Lamb. 2006. Low-income African American fathers' involvement in children's lives: Implications for practitioners. *Journal of Family Social Work* 10: 25–41.
- Everett KD, L Bullock, JD Gage, DR Longo, E Geden and R Madsen. 2006. Health risk behavior of rural low-income expectant fathers. *Public Health Nursing* 23: 297–306.
- Flaskerud JH, J Lesser, E Dickson, N Anderson, F Conde, S Kim, D Koniak-Griffin, A Strehlow, D Tullmann and I Verzemnieks. 2002. Health disparities among vulnerable populations: Evolution of knowledge of five decades in Nursing Research publications. *Nursing Research* 51: 74–85.
- Flood A. 2010. Understanding phenomenology. *Nurse Researcher* 17: 7–15.
- Galdas PM, F Cheater and P Marshall. 2005. Men and health help-seeking behaviour: Literature review. *Journal of Advanced Nursing* 49: 616–23.
- Giorgi A. 2000. Concerning the application of phenomenology to caring research. *Scandinavian Journal of Caring Science* 14: 11–5.
- Glikman H. 2004. Low-Income young fathers: Contexts, connection, and self. *Social Work* 49: 195–206.
- Halme N. 2009. Isän ja leikki-ikäisen lapsen yhdessäolo: Yhdessäoloa, isänä toimimiseen liittyvää stressiä ja isän tyytyväisyyttä parisuhteessa kuvaavan rakenneyhtälömallin kehittäminen ja arviointi [Time spent together by fathers and small children: Developing and evaluating a structural equation model of stress pertaining to being a father and satisfaction with the pair relationship]. PhD diss., University of Tampere, Finland. <http://acta.uta.fi/teos.php?id=11217> (accessed 3 December 2011).
- Helakorpi S, E Laitalainen and A Uutela. 2010. Health behaviour and health among the Finnish adult population, spring 2009. Helsinki: National Institute for Health and Welfare Report 7. <http://www.terveytemme.fi/#osoittimet> (accessed 25 August 2010).
- Isaacs SL and SA Schroeder. 2004. Class - The ignored determinant of the nation's health. *New England Journal of Medicine* 351: 1137–42.
- Jones AM and J Wildman. 2008. Health, income and relative deprivation: Evidence from the BHPS. *Journal of Health Economics* 27: 308–24.
- Kahn D. 2000. Reducing bias. In *Hermeneutic phenomenological research: A practical guide for nurse researchers*, eds MZ Cohen and RH Steeves, 85–92. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kayaniyil S, CI Ardern, J Winstanley, C Parsons, S Brister, P Oh et al. 2008. Degree and correlates of cardiac knowledge and awareness among cardiac inpatients. *Patient Education and Counseling* 75: 99–107.
- Kearney J, S-A Månsson, L Plantin, K Pringle and S Quaid. 2000. Fatherhood and masculinities: A comparative study of the ideals and realities of fatherhood and masculinity in Britain and Sweden. University of Sunderland, Centre for Social Research and Practice.
- Lahelma E, O Rahkonen, S Koskinen, T Martelin and H Palosuo. 2007. Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit [The reasons and models of explanations of health inequalities]. In *Terveysten eriarvoisuus suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005* [Health inequalities in Finland: Trends in socioeconomic health differences 1980–2005], eds H Palosuo, S Koskinen, E Lahelma, R Prättälä, T Martelin, A Ostamo et al., 25–41. Helsinki: Publications of the Ministry of Social Affairs and Health 2007:23.
- Lallukka T, M Laaksonen, O Rahkonen, E Roos and E Lahelma. 2007. Multiple socio-economic circumstances and healthy food habits. *European Journal of Clinical Nutrition* 61: 701–10.
- Lohan M. 2007. How might we understand men's health better? Integrating explanations from critical studies on men and inequalities in health *Social Science & Medicine* 65: 493–504.
- Lostao L, E Regidor, Siegfried Geyer and P Aïach. 2007. Patient cost sharing and social inequalities in access to health care in three western European countries. *Social Science & Medicine* 65: 367–76.
- Mackey S. 2005. Phenomenological nursing research: Methodological insights derived from Heidegger's interpretive phenomenology. *International Journal of Nursing Studies* 42: 179–86.
- Mäki NE and PT Martikainen. 2007. Socioeconomic differences in suicide mortality by sex in Finland in 1971–2000: A register-based study of trends, levels, and life

- expectancy differences. *Scandinavian Journal of Public Health* 35: 387–95.
- Maliski SL, B Clerkin and MS Litwin. 2004. Describing a nurse case manager intervention to empower low-income men with prostate cancer. *Oncology nursing forum* 31: 57–64.
- van Manen M. 1997. From meaning to method. *Qualitative Health Research* 7: 345–69.
- Marmot M and RG Wilkinson. 2001. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health. *British Medical Journal* 322: 1233–6.
- Mesiäislehto-Soukka H. 2005. Perheenlisäys isien kokemana – fenomenologinen tutkimus [Phenomenological study of fathers' experiences of family life after the birth of a baby]. PhD diss., University of Oulu, Finland. <http://herkules.oulu.fi/isbn9514277260/isbn9514277260.pdf> (accessed 3 December 2011).
- Mykkänen J and I Aalto. 2010. Isyyden ihanteet, arki ja kokemukset. Raportti isyyden tutkimuksesta Suomessa. [Ideal, everyday life and experiences of fatherhood: Report about research of fatherhood in Finland]. Helsinki: Finnish Youth Research Network-The Finnish Youth Research Society). Network publication 34. <http://www.nuorisotutkimusseura.fi/julkaisuja/isyydenihanteet.pdf> (accessed 8 August 2011).
- Nelson TJ. 2004. Low-income fathers. *Annual Review of Sociology* 30: 427–51.
- Oiler Boyd C. 2001. Phenomenology: The method. In *Nursing research: A qualitative perspective*, eds P Munhall, 93–122. Boston: Jones and Bartlett.
- Perttula J. 2006. Kokemus ja Kokemuksen tutkimus: Fenomenologisen erityistieteen tieteenteoria [Experience and research of experience: The theory of science in phenomenological special science]. In *Kokemuksen tutkimus: Merkitys- tulkinta-ymmärtäminen [Research of experience: Meaning – interpretation- understanding]*, eds J Perttula and T Latomaa, 115–62. Helsinki: Dialogia Oy.
- Price B. 2002. Laddered questions and qualitative data research interviews. *Journal of Advanced Nursing* 37: 273–81.
- Rahkonen O, S Arber, E Lahelma, P Martikainen and K Silventoinen. 2000. Understanding income inequalities in health among men and women in Britain and Finland. *International Journal of Health Services* 30: 27–47.
- Rahkonen O, K Talala, T Sulander, M Laaksonen, E Lahelma, A Uutela et al. 2007. Koettu terveys [Perceived health]. In *Terveysten eriarvoisuus Suomessa: Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005 [Health inequalities in Finland: Trends in socioeconomic health differences 1980–2005]*, eds H Palosuo, S Koskinen, E Lahelma, R Prättälä, T Martelin, A Ostamo et al., 65–73. Helsinki: Publications of the Ministry of Social Affairs and Health, 2007:23.
- Rapport F and P Wainwright. 2006. Phenomenology as a paradigm of movement. *Nursing Inquiry* 13: 228–36.
- Reutter L and KE Kushner. 2010. Health equity through action on the social determinants of health: Taking up the challenge in nursing. *Nursing Inquiry* 17: 269–80.
- Robertson S and P Williamson. 2005. Men and health promotion in the UK: Ten years further on? *Health Education Journal* 64: 293–301.
- Robertson S, PM Galdas, DR McCreary, JL Oliffe and G Tremblay. 2009. Men's health promotion in Canada: Current context and future direction. *Health Education Journal* 68: 266–72.
- Rolfe G. 2006. Judgements without rules: Towards a post-modern ironist concept of research validity. *Nursing Inquiry* 13: 7–15.
- Roy KM. 2006. Father stories: A life course examination of paternal identity among low-income African American men. *Journal of Family Issues* 27: 31–54.
- Sanders Thompson VL, M Talley, N Caito and M Kreuter. 2009. African American men's perceptions of factors influencing health-information seeking. *American Journal of Men's Health* 3: 6–15.
- Seale C and J Charteris-Black. 2008. The Interaction of class and gender in illness narratives. *Sociology* 42: 453–69.
- Shannon JD, CS Tamis-LeMonda, K London and N Cabrera. 2002. Beyond rough and tumble: Low-income fathers' interactions and children's cognitive development at 24 month. *Parenting: Science and Practice* 2: 77–104.
- Shears J, JA Summers, K Boller and G Barclay-McLaughlin. 2006. Exploring fathering roles in low-income families: The influence of intergenerational transmission. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services* 87: 259–68.
- STM (Ministry of Social Affairs and Health). 2008. *Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimitaohjelma 2008–2011 [National Action Plan to Reduce Health Inequalities 2008–2011]*. Helsinki: Author.
- Summers JA, H Raikes, J Butler, P Spicer, B Pan, S Shaw et al. 1999. Low-Income fathers' and mothers' perceptions of the father role: A qualitative study in four Early Head Start communities. *Infant Mental Health Journal* 20: 291–304.
- Thomas JL, GN Jones, IC Scarinci and PJ Brantley. 2007. Social support and the association of type 2 diabetes and depressive and anxiety disorders among low-income adults seen in primary care clinics. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 14: 351–9.

- Thompson CW and JJ Fitzpatrick. 2008. Positive health practices and temporal perspective in low-income adults. *Journal of Clinical Nursing* 17: 1708–17.
- Vuori A and P Åstedt-Kurki. 2009. Well-being of mothers with children in Finnish low-income families: Mother's point of view. *Scandinavian Journal of Caring Science* 23: 748–56.
- Wamala S, J Merlo, G Boström and C Hogstedt. 2007. Perceived discrimination, socioeconomic disadvantage and refraining from seeking medical treatment in Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health* 61: 409–15.
- Weinrich SP, GL Ellison, M Boyd, J Hudson, B Bradford and M Weinrich. 2000. Participation in prostate cancer screening among low-income men. *Psychology, Health & Medicine* 5: 439–50.
- Wetta-Hall R, E Ablah, S Dismuke, C Molgaard, DD Fredrickson and M Berry. 2005. Emergency department use by people on low income. *Emergency Nurse* 13: 12–8.
- Whitehead L. 2004. Enhancing the quality of hermeneutic research: Decision trail. *Journal of Advanced Nursing* 45: 512–8.
- Wilkinson RG and KE Pickett. 2006. Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine* 62: 1768–84.
- Williams RA. 2007. Masculinities fathering and health: The experiences of African-Caribbean and white working class fathers. *Social Science & Medicine* 64: 338–49.
- Williams R. 2009. 'Having a laugh': Masculinities, health and humour. *Nursing Inquiry* 16: 74–81.
- Wood D. 2003. Effect of child and family poverty on child health in the United States. *Pediatrics* 112: 707–11.
- World Health Organization (WHO). 2008. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health. Final Report. Executive Summary. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf) (accessed 3 December 2011).
- World Health Organization (WHO). 2010. World health statistics 2010. [http://www.who.int/whosis/whostat/EN\\_WHS10\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf) (accessed 11 September 2010).

# VÄHÄVARAISTEN LAPSIPERHEIDEN KOKEMUKSIA HYVÄSTÄ VOINNISTA

## **Anne Vuori**

THM, tohtoriopiskelija

Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö, hoitotiede

*anne.vuori@lamk.fi*

## **Päivi Åstedt-Kurki**

THT, professori, erikoissairaanhoitaja

Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö, hoitotiede

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Tiedekeskus

*paivi.astedt-kurki@uta.fi*

Hyväksytty julkaistavaksi Tutkiva Hoitotyön lehteen 7.8.2012



## **TIIVISTELMÄ**

Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa merkitysrakenne vähävaraisten lapsiperheiden hyvän voinnin kokemuksesta. Tutkimusmenetelmänä oli fenomenologia. Aineisto kerättiin haastattelemalla kuutta vähävaraista lapsiperhettä.

Hyvä vointi merkitsi perheille tervettä arkea, arjen yhteistä rytmiä, yhteen hiileen puhaltamista, päivä kerrallaan -elämistä, riittävää taloudellista toimeentuloa, tarkoituksenmukaista sosiaalista verkostoa sekä mielekästä perheen ja perheenjäsenten jaksamista ja selviytymistä tukevaa toimintaa.

Vähävaraisuuden merkitys perheen kokemukseen terveydestään on syytä ottaa huomioon hoitotyössä, kun arvioidaan yksittäisten perheiden terveyttä ja suunnitellaan heille tukea. Vähävaraisten perheiden hyvään vointiin liittyvistä merkitysrakenteista tuotettua tietoa voidaan hyödyntää perheille tarkoitetun tuen kohdentamisessa. Sitä voidaan hyödyntää myös suunniteltaessa riskiolosuhteissa eläville lapsiperheille mielekästä ja merkityksellistä hyvää vointia edistävää toimintaa.

## **ASIASANAT**

vähävaraiset perheet, perhehoitotyö, hyvä vointi, fenomenologia

## **ABSTRACT**

### **Experiences of well-being in low-income families with children**

Anne Vuori MNSc, Päivi Åstedt-Kurki PhD

The purpose of this study is to generate the structures of meanings about experience of well-being in low-income families with children. The study based on phenomenological method. The informants in this study consisted of members of six low-income families with children. Families were in receipt of income support or the parents were unemployment.

Families' wellbeing appeared everyday health, common rhythm of everyday, "Blowing together into one coal"; "live from day to day", sufficient economical subsistence, meaningful social network and meaningful activities helping the family and the members of the family cope and manage.

The meanings of low-income concerning families and family members' experience of health have to take account in nursing process. Nurses can use the knowledge about the structures of meanings in everyday well-being of low-income families when they allocate support for families with children and when they plan meaningful interventions of maintaining well-being in everyday life for families with children living under threat of marginalization.

## **KEY WORDS**

low-income families, family nursing, well-being, phenomenology

Vaikka suomalaiset perheet voivat pääosin hyvin, työelämästä syrjäytyminen, sosioekonomiset terveyserot, tuloerot ja suhteellinen köyhyys ovat 2000-luvulla joko kasvaneet tai pysyneet korkeina. Erityisesti lapsiperheet ovat jääneet keskimääräisestä tulokehityksestä jälkeen. Lapsia koskeva köyhyys on kolminkertaistunut vuodesta 1994 ja koskettaa jo noin 150 000 suomalaista lasta. Köyhyys näyttää myös siirtyvän sukupolvelta toiselle. (Moisio 2010.)

## **TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT**

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan vähävaraisten suomalaisten lapsiperheiden kokemuksellista terveyttä, josta käytetään käsitettä hyvä vointi. Perheen näkökulmasta hyvä vointi sisältää ulkoapain määritellyn, sairauden vastakohtana ymmärrettävän terveyden, mutta myös perheen jäsenten yksilöllisen ja yhteisen hyvän voinnin kokemuksen.

Perheen terveys ymmärretään monitahoisena ja dynaamisena arjen ilmiönä. Perheen terveys perustuu sen jäsenten hyvään vointiin, heidän hyvään tai pahaan oloonsa. Siihen vaikuttavat kotitalouteen liittyvät tekijät, sen jäsenten vuorovaikutus, rakenteelliset tekijät ja kulttuurinen konteksti (Denham 2003, White ym. 2010). Perheen terveyden tukemisessa painotetaan yksilöllisen näkökulman ja siihen liittyvien merkitysten rakentumisen ymmärtämistä (Meirs ja Brauer 2008).

Vähävaraisuus, jota tässä artikkelissa käytetään köyhyyden synonyymina, on ilmiönä vaikeasti määriteltävä. Köyhyys jaetaan usein tieteellisessä tutkimuksessa absoluuttiseen ja suhteelliseen köyhyyteen. Absoluuttinen köyhyys uhkaa ihmisen biologisia perustarpeita ja on harvinaista vauraissa maissa kuten Suomessa. Suhteellisesta ja subjektiivisesta köyhyydestä

puhuttaessa ihmiset itse kokevat olevansa köyhiä verratessaan itseään muuhun väestöön.

(Kangas ja Ritakallio 2008.) Tässä tutkimuksessa perheet määrittivät itsensä vähävaraisiksi joko perheen toimeentulotuntarpeen tai perheenjäsenen työttömyyden perusteella.

Vähävaraisuus tuo mukanaan terveyteen liittyviä riskejä sekä kasvattaa terveys- ja hyvinvointieroja myös Suomessa (Lammi-Taskula ym. 2009, Kaikkonen ym. 2012). Perheen ja perheenjäsenten huonolla terveydellä on selkeä yhteys alhaiseen tulotasoon (Najman ym. 2010, Larson ja Halfon 2010, Kaikkonen ym. 2012), vaikka yhteys ei olekaan suoraviivainen. Esimerkiksi englantilaisen Currien ym. (2007) tutkimustuloksissa perheen tulojen vaikutus lasten terveyteen tuli ilmi subjektiivisella mittarilla mitattaessa mutta ei objektiivisilla mittareilla. Vanhempien terveelliset elintavat lisäsivät lasten terveyttä myös pienituloisissa perheissä (Currie ym. 2007). Kanadalaisen Raphaelin (2003) mukaan taas elintapoihin liittyvillä tekijöillä voi elämän kokonaisuudessa olla pienempi merkitys kuin perheen kokemalla köyhyydellä.

Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen sekä lasten ja perheiden hyvinvointi ovat keskeisiä suomalaisen terveyspolitiikan painopisteitä (terveydenhuoltolaki 1326/2010, valtioneuvoston asetus 338/2011, STM 2012). Terveyden tasa-arvon toteutumiseksi huonossa sosiaalisessa asemassa olevat on otettava paremmin huomioon terveyspalvelujen suunnittelussa ja järjestämisessä sekä hoito- ja toimintakäytännöissä (Kaseva 2011). Hoitotyöntekijät ovat tässä avainasemassa (Cohen ja Reuter 2007, valtioneuvoston asetus 338/2011, STM 2012). Suomessa hoitotieteellisissä tutkimuksissa on kuvattu terveydenhuollon asiakkaiden sosioekonomista asemaa terveyteen liittyvänä taustatekijänä. Sitä, mitä esimerkiksi vähävaraisuus merkitsee asiakkaiden arjen hyvässä voinnissa tai

asiakaslähtöisyyttä ja asiakkaiden osallisuutta painottavassa työskentelytavassa, on pohdittu harvemmin. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2008, Häggman-Laitila 2010).

Vähävaraisten lapsiperheiden terveys erityisesti äitien näkökulmasta on ollut kasvavan mielenkiinnon kohteena yhdysvaltalaisissa perhehoitotyön tutkimuksissa (Campbell-Grossman 2005, Olson ym. 2008), mutta perheen yhteinen näkökulma terveyteen on kiinnostanut harvemmin. Tutkimusnäyttöä on kuitenkin siitä, ettei hoitohenkilökunta kiinnitä riittävästi huomiota perheiden ongelmien tunnistamiseen, menetykseen reagointiin eikä stressaavien elämäntilanteiden jakamiseen (Kavanaugh ja Hershberger 2005). Tiedetään myös, että perheiden stressaava ympäristö vähentää vanhempien luottamusta hoidon ja tuen saantiin (Fairbrother ym. 2005) ja odotettua vähäisempi rahallinen tuki heijastuu vähävaraisten perheiden lasten terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin (Cook ym. 2008).

Suomessa Vuori ja Åstedt-Kurki (2009, 2010, 2012) ovat tutkineet vähävaraisten äitien ja isien arjen hyvää vointia ja siihen liittyvän tuen kokemuksia. Hyvän voinnin kokemuksen merkitykset rakentuivat arkipäivään ja sen sujumiseen liittyvistä tekijöistä sekä mahdollisuudesta omaan hyvään vointiin vaikuttavaan päätöksentekoon. Tueksi tarkoitettu toiminta saattoi muuttua perheen arjessa hyvää vointia murtavaksi.

## **TUTKIMUKSENTARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa merkitysrakenne vähävaraisten lapsiperheiden hyvän voinnin kokemuksesta. Tavoitteena on tuottaa tietoa vähävaraisten lapsiperheiden terveyden ja hyvän voinnin kokemuksista tarkoituksenmukaisesti kohdentuvien hoitotyön

toimintamallien kehittämiseksi riskioloissa elävien, hoitotyön asiakkaina olevien lapsiperheiden tukemisessa.

Tutkimustehtävänä oli kuvata vähävaraisten lapsiperheiden hyvää vointia perheenjäsenten yksilöllisten ja yhteisten kokemusten sekä niistä paljastuvien merkitysten kautta.

## **AINEISTO JA MENETELMÄT**

### **Tutkimusmenetelmä ja aineistonkeruu**

Tutkimusmenetelmäksi valittiin fenomenologinen metodi, koska aiheesta ei ole paljon aikaisempaa tietoa ja koska oltiin kiinnostuneita vähävaraisten perheiden subjektiivisista hyvän voinnin kokemuksista ja niiden merkityksistä (Whitehead 2004, Flood 2010). Metodi perustuu tulkinnalliseen ja kuvailevaan fenomenologiaan. Vaikka näiden suuntausten yhdistämistä on kritisoitu (Giorgi 2006), se voi myös tuottaa uutta hoitotyön tutkimiseen sopivaa näkökulmaa (Hamill ja Sinclair 2010).

Fenomenologisessa tutkimuksessa tutkijan taustatiedoilla ja aikaisemmalla kokemuksella on merkitystä hänen esiymmärryksensä muodostumisessa (Flinck ja Åstedt-Kurki 2009). Tutkija, joka on kerännyt tutkimusaineiston (AV), on toiminut terveydenhuollossa eri rooleissa: sairaanhoitajana, terveydenhoitajana ja terveydenhuollon opettajana. Erityisesti kokemukset lastenneuvolatyöstä ja kouluterveydenhuollosta ovat ohjanneet tutkimuksellista kiinnostusta riskiolosuhteissa elävien perheiden hyvään vointiin. Tutkijan esiymmärryksen mukaan hoitotyössä tavoitteena on ihmisten samanarvoinen kohtaaminen, mikä on lähtökohta perhe- ja asiakaslähtöiseen toimintaan.

Aineisto kerättiin avoimella haastattelulla kuudelta perheeltä vuosina 2007–2008. Avoin haastattelu on osoittautunut toimivaksi tiedonkeruun metodiksi perheiden yhteisiä kokemuksia kuvattaessa (Eggenberger ja Nelms 2007). Vähävaraisia perheitä ei ole ollut helppoa saada mukaan tutkimuksiin (Nelson 2004). Tässä tutkimuksessa päädyttiin käyttämään tarkoituksenmukaista otantaa, mikä tarkoitti seuraavien mukaantulokriteerien täyttymistä: perhe määritteli itsensä vähävaraiseksi yli vuoden kestäneen toimeentulotuen saamisen tai vanhemman työttömyyden perusteella, perheellä oli vähintään yksi alle 16-vuotias lapsi ja perhe halusi osallistua tutkimushaastatteluun. Vähävaraisia perheitä ei onnistuttu tavoittamaan terveydenhuollon palvelujärjestelmän kautta, koska terveydenhuollossa ei kerätä tietoa perheiden varallisuudesta eikä sitä myöskään mielellään kysytä. Kahden kunnan neuvoloiden asiakkaina oleville perheille jaettavaksi jätetty tutkimuksen esittelykirje ei myöskään tuonut vastauksia. Tutkimusta esiteltiin usealla työllisyyskurssilla ja useille vähävaraisten perheiden kanssa työskenteleville sosiaali- ja vapaaehtoistyöntekijöille neljän kunnan alueelta. Näin saatiin yhteydenottoluvat kuudelta mukaantulokriteerit täyttävältä perheeltä, jotka olivat halukkaita osallistumaan tutkimukseen.

Haastattelussa pyrittiin tavoittamaan sekä perheenjäsenten yksittäisiä että perheen yhteisiä, perheen terveyteen ja hyvään vointiin liittyviä kokemuksia. Siksi päädyttiin käyttämään perheenjäsenten samanaikaista haastattelua (Eggenberger ja Nelms 2007, Donalek 2009). Tutkijan (AV) toiveen mukaan jokaisessa haastattelussa oli läsnä vähintään kaksi perheenjäsentä yhtä aikaa. Kaikki perheet halusivat, että haastattelu tehdään heidän kotonaan. Paikalla olivat usein myös perheen lapset. Varsinaiseen tutkimushaastatteluun osallistuivat kuitenkin vain kahden perheen lapset (11 v ja 15 v). Tarkemmat kuvaukset perheiden taustatiedoista on kuvattu taulukossa 1.

Haastattelut kestivät 2–3,5 tuntia. Tutkija rohkaisi tiedonantajia keskustelemaan perheen terveydestä ja hyvästä voinnista esittämällä avoimia ja tarkentavia kysymyksiä kuten: ”Mitä perheen terveys ja hyvä vointi tarkoittavat perheen arkipäivässä?” tai ”Millaisiin asioihin ja tilanteisiin hyvä vointi liittyy?” Tutkija koki ilmapiirin haastatteluissa avoimeksi ja turvalliseksi. Perheenjäsenet antoivat haastattelutilanteista positiivista palautetta: keskustelussa nousi esiin asioita, joita ei aiemmin ollut pohdittu yhdessä. (Eggenberger ja Nelms 2007, Donalek 2009.)

Fenomenologisessa tutkimuksessa aineiston saturaatiota on vaikea arvioida (Flinck ja Åstedt-Kurki 2009). Kuudelta perheeltä saatiin runsas (165 sivua litteroitua tekstiä) ja sisällöltään rikas aineisto. Tämän vuoksi katsottiin, ettei perheiden lukumäärän lisääminen olisi kasvattanut enää tietoa (Whitehead 2004).

### ***Tähän taulukko 1.***

## **Aineiston analyysi**

Analyysimenetelmä on tutkijan (AV) oma sovellus Cohenin ym. (2000) kuvaamasta hoitotieteessä käytetystä metodista ja Giorgin (2006) kuvaamasta sekä Perttulan (2006) edelleen kehittämästä fenomenologisen psykologian aineistolähtöisestä tutkimusmetodista. Aluksi litteroitu aineisto luettiin läpi useaan kertaan kokonaiskuvan saamiseksi aineistosta. Tässä vaiheessa jokaisen kuuden perheen haastattelut säilytettiin omina kokonaisuuksinaan. Toisessa vaiheessa perheaineistoista etsittiin merkityksen sisältäviä yksiköjä eli perheenjäsenten ilmauksia omasta ja perheensä hyvästä voinnista.



Kolmannessa vaiheessa jokaisen merkityksen sisältävä yksikkö käännettiin yleiskielelle. Neljännessä vaiheessa tunnistettiin perhekohtaisista aineistoista hyvään vointiin liittyviä merkitystihentymiä etsimällä hyvään vointiin liittyviä samansisältöisiä ilmauksia ja muodostamalla niistä perhekohtaisia merkitysverkostoja mielikuvatasolla tapahtuvan muuntelun avulla. Viidennessä vaiheessa perhekohtaisista merkitysverkostoista etsittiin kaikkien perheiden hyvään vointiin liittyviä yhteisiä ydinmerkityksiä. Esimerkkejä analyysin etenemistä vaiheesta kolme vaiheeseen viisi on kuvattu kuviossa 1. Lopuksi tuotettiin ydinmerkityksistä muodostettujen merkityskokonaisuuksien synteessin avulla yleinen kuvaus vähävaraisten lapsiperheiden hyvästä voinnista (kuvio 2).

*Tähän kuvio 1.*

## **TULOKSET**

Hyvä vointi merkitsi perheille tervettä arkea, arjen yhteistä rytmittämistä, yhteen hiileen puhaltamista, päivä kerrallaan -elämistä, riittävää taloudellista toimeentuloa, tarkoituksenmukaista sosiaalista verkostoa sekä mielekästä perheen jaksamista ja selviytymistä tukevaa toimintaa. Tutkimuksen tuloksena syntynyttä vähävaraisen lapsiperheen hyvän voinnin merkitysrakennetta kuvataan kuviossa 2.

*Tähän kuvio 2*

### **Arjen terveys ja arjen yhteinen rytmittäminen**

Arjen terveys oli fyysisen sairauden oireiden puuttumista ja sairauden tunteen puuttumista, kivottomuutta tai kivunhallintaa, mutta myös kaikkien perheenjäsenten henkistä hyvinvointia, hyvänolontunnetta ja onnellisuutta. Terveys näyttäytyi myös perheenjäsenten opittuna ja yksilöllisten ja yhteisten kokemusten kautta syntyneenä tietona terveydestä. Jos ristiriita hyvän olon kokemuksen, terveyteen liittyvän ulkokohtaisen tiedon ja käytettävissä olevien resurssien välillä oli liian suuri, siitä muodostui este terveyteen liittyvän tiedon hyödyntämiseen arkipäivässä. Perheen (2) äiti kertoi:

*”Porkkanaa ja muuta vihannesta pitäis syödä...mutt kyll sitä ajattelee...meill on sellane tapa että saunan jälkeen herkutellaan makkaralla koko perhe, poikakin...tykkää...” (perhe saunoi 3–4 kertaa viikossa, kesällä useammin).*

Hyvä vointi liittyi perheissä arkipäivän jäsentymiseen ja perheenjäsenten erilaisten rytmien joustavaan yhteensovittamiseen. Perheet pitivät tärkeinä perheen omia rutiineja, kuten yhteisiä ruokailuja, juhlapäiviä tai saunomista. Ne selkeyttivät elämää ja vahvistivat yhteenkuuluvuutta. Arkea rytmitettiin pitkälti lasten tarpeiden mukaan, jolloin vanhemmat joustivat omista rytmeistään.

Vaikka rutiinit toivat toivat perheeseen turvallisuutta, ne myös ahdistivat, jos niistä ei ollut mahdollista joustaa. Isä (perhe 3) kuvaa nuoren perheen arkea:

*”Ois uusia touhuja, ettei ois samaa puurtamista kellon ympäri, sellasta se nyt on ollu tän pienen kanssa, ehtis muutakin tehdä kun syöttää.”*

### **Yhteen hiileen puhaltaminen ja päivä kerrallaan eläminen**

Yhteen hiileen puhaltaminen liittyi me-henkeen, perheenjäsenten yhteiseen kokemukseen kuulumisesta johonkin, toistensa arvostamiseen ja kannustamiseen sekä vuorovaikutuksen sujumiseen. Sopuisuutta perheen sisällä pidettiin kaikissa perheissä tärkeänä. Perheenjäsenet luottivat toistensa apuun arkipäivän ongelmissa ja kannattelivat toisiaan. Lapsetkin saattoivat kannatella vanhempiaan, kun nämä väsyivät. Kriiseistä selviytymisen kokemus vahvisti me-henkeä ja antoi uskoa selviytymiseen jatkossa.

Perheissä elettiin päivä kerrallaan eli vahvasti nykyisyydessä. Nykyhetkessä eläminen oli tärkeää kuten eräs äiti (perhe 4) kiteytti:

*”Et jos koko aika pitää hailailla jotain, ku sä et kuitenkaan tulevaisuudelle tällä hetkellä voi mitään, menneisyyttä sä et voi muuttaa, ni su pitää elää tässä hetkessä”.*

Tässä päivässä eläminen lievitti ahdistusta, kun taustalla oli epätietoisuus ja huoli toimeentulosta.

### **Riittävä taloudellinen toimeentulo**

Perheenjäsenet toivat esille huolensa perustoimeentulosta sekä siihen liittyvän fyysisen ja henkisen väsymisen, jotka veivät voimia. Vanhemmat puhuivat jaksamisen pakosta, joka liittyi taloudelliseen vaihtoehtottomuuteen. Vaihtoehtoja ei nähty vaan oli pakko selviytyä päivästä toiseen: *”Raskaasta arjesta ei voi ottaa lomaa”*, eräs äiti (perhe 6) totesi.

Rahattomuus aiheutti turvattomuutta, jatkuvaa stressiä ja pärjäämättömyyden tunnetta.

Esimerkiksi lasten harrastuksia jouduttiin karsimaan, vaikka niiden ajateltiin olevan lapsille tärkeitä. Apua perheen ulkopuolelta ei mielellään haettu. Huoli perheen toimeentulosta näytti heijastuvan kaikkiin perheenjäseniin; lapsetkin puhuivat rahan riittämättömyydestä perheessä, vaikka vanhemmat suojelivat lapsiaan ja pyrkivät täyttämään ensisijaisesti lasten tarpeet.

Perheiden mukaan rahattomuuden kanssa oppi elämään. Jatkuva rahanpuute ja pelko rahattomuudesta nostivat perheenjäsenten silmissä rahan arvostusta. Rahan uskottiin ratkaisevan ongelmia sekä tuovan onnellisuutta ja turvallisuutta perheille. Perheen (3) isä pohti rahan merkitystä näin:

*”Niin, kun se raha lähtee niin onni menee samoin tein...”*

### **Sosiaalinen verkosto sekä jaksamista ja selviytymistä tukeva toiminta**

Sosiaalisen verkoston merkitykset olivat hyvän voinnin näkökulmasta yksilöllisiä. Osalle perheistä sosiaalinen verkosto toi tukea perheen arkipäivään, toisissa perheissä taas eristäytyminen oli tarkoituksenmukainen valinta kuten perheen (1) äiti kuvasi:

*”Mul ei ole ensimmäistäkään sukulaista, sellaista josta nyt olis jotain hyötyä. Naapureista, emmä halua naapureista tukea.”*

Perheillä oli yhteisiä ja perheenjäsenillä erillisiä yksilöllisiä, heidän omasta näkökulmastaan mielekkäitä, jaksamisen ja selviytymisen keinoja. Selviytymistä tukivat vastuun jakaminen, liikunta, oman ajan ottaminen, omat ja yhteiset harrastukset sekä herkuttelu tai rentoutuminen alkoholin avulla.

Useissa perheissä kuvattiin lemmikkien tuovan perheeseen hyvää vointia ja auttavan selviytymisessä kuten perheen (6) äiti tässä kertoo:

*”Lapsille se (koira) on niin tärkeä, et silloin ku tyttärelleni läheinen henkilö kuoli, se ehkä autto kaikkein eniten. Et tyttäreni sano että, sit ku kuoli kaksiviikkoo sen jälkeen se kerbiilikin, ettei oo enää ketään kelle puhua asioita, silloin mä aattelin että, jos se halua siel huoneessaan höpöttää koirallensa tai kerbiilillensä, se on tärkeitä työtä.”*

Perheet saivat tukea myös virallisista järjestelmistä. Arjesta selviytymistä ja hyvää vointia vahvistavaa tukea saatiin sosiaalitoimesta, koulusta, päivähoidosta, kirjastoista, kunnan järjestämistä edullisista liikuntapalveluista sekä neuvolasta ja terveysasemilta tai muista sosiaali- ja terveyspalveluista. Tuensaantia pidettiin hyvänä, mutta mieluiten haluttiin selviytyä itse. Tuensaannilla ei haluttu erottua muista. Terveystuollosta haettiin tukea pääasiassa sairastuttaessa, ehkäisevää tukea ei pidetty välttämättömänä. Tuen yksilöllisyyttä arvostettiin ja samoin inhimillistä kohtelua.

Perheillä oli myös huonoja kokemuksia palveluista. Terveyspalveluihin ei aina avunantajana luotettu. Perheistä ja niiden ongelmista ei oltu aidosti kiinnostuneita tai kommunikaatiossa oli vaikeuksia. Isä (perhe 3) kuvasi kokemustaan äitiysneuvolan asiakkuudesta:

*” Se oli vähän outo se odotusaika, et ai sull on saattaja mukana, tällai kysy, ei kysynykkään että onko hää isä, se oli saattaja hänelle. Ei se minun asia oo se raskaus tietyllä tavalla, mutta kuitenkin se on. Odotusaikana tuo äitiysneuvola, niin ei mua pyydetty kertaakaan sinne,*

*sen maailmaan ei mies istu, ei oteta sinne mukaan vaikka sitten vaatimalla vaaditaan synnytykseen mukaan”*

## **POHDINTA**

### **Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus**

Tutkimusluvut pyydettiin sosiaali- ja vapaaehtoisjärjestöjentyöntekijöiden organisaatioilta. Työntekijöiden avustuksella tutkija (AV) tavoitti tutkimuksen mukaanottokriteerit täyttäviä perheitä sekä pääsi esittelemään heille tutkimusta ja kysymään osallistumishalukkuutta.

Tiedonkeruuvaiheessa tutkija muistutti vielä perheenjäseniä siitä, että osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja että jokaisella perheenjäsenellä oli oikeus kieltäytyä osallistumisesta missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. Kukaan ei kieltäytynyt. Tutkija valmistautui perhehaastatteluun huolellisesti etukäteen sekä pyrki huomioimaan perheen rasittavan elämäntilanteen ja suojelemaan perheen anonymiyyttä ja yksityisyyttä. Perheet valitsivat itse haastatteluajan, paikan ja haastatteluun osallistujat (Eggenberger ja Nelms 2007). Tutkija kysyi luvan lasten osallistumisesta sekä lapsen vanhemmilta että lapselta itseltään, kertoi lapsille selkeästi, millaisesta tutkimuksesta oli kyse, ja vastasi heidän kysymyksiinsä. Lupa kysyttiin ensin kirjallisesti. Kun perheen yhteyshenkilön allekirjoittama kirjallinen lupa oli saatu, ennen haastattelua kysyttiin vielä erikseen jokaiselta perheenjäseneltä lupa suullisesti. Lapsen valinnanvapauden arvioiminen tutkimukseen osallistumisen suhteen ei ole helppoa, koska vanhemmat usein päättävät hänen puolestaan. Tulosten tulkinnassa otettiin huomioon perhehaastattelutilanteen kompleksisuus lasten subjektiivisten merkitysten tavoittelussa. (Pölkki 2008.)

Vaikka kuudelta tutkimuskriteerit täyttävältä perheeltä saatiin kerättyä runsas aineisto, on todennäköistä, että perheiltä, jotka eivät halunneet osallistua tutkimukseen, olisi saatu toisenlaista tietoa hyvään vointiin liittyvistä kokemuksista. Haastattelujen toistaminen olisi saattanut lisätä haastatteluaineiston rikkautta ja näin tutkimuksen luotettavuutta, mutta perheiden anonyymiyden säilyttämiseksi ja perheiden omaa toivomusta kunnioittaen heitä haastateltiin vain kerran. Kun esille tuli avun ja tuen tarvetta, tutkija (AV) ohjasi perheitä virallisten auttamisjärjestelmien piiriin. (Whitehead 2004, Pölkki 2008.)

Tutkimuksessa hyödynnettiin de Wittin ja Ploegin (2006) esittämiä tulkinnalliseen fenomenologiseen tutkimukseen soveltuvia luotettavuuskriteereitä. Tutkimusprosessiin liittyviä kriteereitä ovat tasapainoinen integraatio ja avoimuus. Niihin pyrittiin johdonmukaisuudella filosofisen tausta-ajattelun, tutkimusmetodin, tulosten ja tiedonantajien äänen kuulumisen välillä sekä kuvaamalla päätöksenteon etenemistä tutkimusprosessissa. Konkreettisuuteen, joka liittyy tutkimuksen tuloksiin, pyrittiin käyttämällä arkielämään liittyviä kielikuvia tulosten esittelyssä ja kuvaamalla tiedonantajien kontekstia. (Whitehead 2004, de Witt ja Ploeg 2006.)

Kokemuksen tutkimisen haasteena on toisen ihmisen kokemuksen konstruktion ja tutkijan siitä tekemän rekonstruktion luotettavuus (Perttula 2006). Tässä tutkimuksessa siihen pyrittiin tutkittuun ilmiöön sopivaksi muokatun systemaattisen analyysimenetelmän ja sen kuvauksen avulla, mutta tässä ei kuitenkaan täysin onnistuttu. Lukijalla saattaa olla vaikeuksia seurata monivaiheisen analyysin etenemistä lyhyen kuvauksen ja muutaman esimerkin avulla ilman kaikkea sitä tietoa, mitä analyysin tehneellä tutkijalla on ollut. Esimerkiksi aineiston analyysiin liittyvän mielikuvatasolla tapahtuvan muuntelun systemaattisuus jää tässä

kuvauksessa tutkijan vastuullisuuden varaan. On tärkeää, että tutkija tunnistaa oman rajallisuutensa toisen kokemustiedon tulkinnassa.

Fenomenologisessa reduktiossa tutkijan esiymmärrys on osa merkityksen paljastamisen prosessia. Tässä tutkimuksessa sulkeistaminen koski vähävaraiseen perheeseen liittyviä mielikuvia, terveyden ja hyvän voinnin tunnettuja määritelmiä sekä toimeentulotuen varassa elämisen ja työttömyyden leimaavuutta. Tutkija (AV) käytti omien esioletustensa tunnistamisessa ja poissulkemisessa apunaan tutkijan päiväkirjaa. Analyysivaiheessa tuloksia ei palautettu tiedonantajien arvioitaviksi. Kiistanalaista on, lisäisikö tämä fenomenologisen tutkimuksen luotettavuutta. (Flinck ja Åstedt-Kurki 2009, Norlyk ja Harder 2010.)

### **Tulosten tarkastelu**

Arjen terveydessä hyvinolontunne ja onnellisuuden kokemus ovat merkityksellisiä, mikä on tullut esiin aikaisemmissakin tutkimuksissa (Okkonen ym. 2007, Vuori ja Åstedt-Kurki 2009). Arjessa ilmeni ristiriitaa terveyteen liittyvän tiedon, käytettävissä olevien resurssien ja hyvän olon tunteen välillä (ks. myös Williamson ja Drummond 2000, Vuori ja Åstedt-Kurki 2010 ja 2012, Bilinski ym. 2010). Pelkällä tiedon jakamisella tai huomion kiinnittämisellä vain yksilöiden terveyskäyttäytymiseen ei saavuteta hyviä tuloksia näiden perheiden terveyden tukemisessa.

Arjen yhteisellä rytmittämällä perheet pyrkivät helpottamaan arjen sujumista ja ylläpitämään hyvää vointia, mutta liiallinen, joustamaton arjen rutiineista kiinnipitäminen vei myös voimia perheenjäseniltä. Denham (2003) on nostanut omista tutkimuksistaan esiin perheen yhteiset ja yksilölliset rutiinit, jotka tukevat lapsen ja perheen terveyttä (ks. myös Currie ym. 2007,



Yoo 2010). Tässä tutkimuksessa esiin noussut arjen rutiinien ahdistavuus ei tullut esiin edellä mainituissa tutkimuksissa.

Yhteen hiileen puhaltamista pidettiin perheissä tärkeänä ja sitä kuvattiin muun muassa sopuisuudeksi perheen jäsenten kesken. Vaikka perheiden elämäntilanne ja rahanpuute stressasivat kaikkia perheen jäseniä, ne saattoivat myös vahvistaa yhteenkuuluvuutta, mikä tulee esiin myös Ridgen (2011) tutkimustuloksissa. Perheenjäsenten hyviä suhteita ja keskinäistä yhteyttä on käytetty perhedynamiikan positiivisina mittareina useissa tutkimuksissa, ja ne ovat ennustaneet parhaiten perheen toimivuutta osana perheen terveyttä (White ym. 2010).

Perheissä elettiin päivä kerrallaan, eikä menneisyyttä tai tulevaisuutta haluttu miettiä liikaa. Tämä on tullut aikaisemminkin esiin tutkittaessa vähävaraisia. Sillä saattaa olla yhteys muun muassa terveyskäyttäytymisen vaikutuksiin uskomiseen. (Thompson ja Fitzpatrick 2008, Vuori ja Åstedt-Kurki 2009.) Tähän viittaa myös se, että perheissä ei pidetty terveyden edistämiseen liittyvää tukea välttämättömänä.

Vähävaraisuus ja perheiden epävakaa taloudellinen tilanne vaikuttivat monin tavoin arkeen ja aiheuttivat perheenjäsenille fyysistä ja henkistä väsymystä, turvattomuutta, jatkuvaa stressiä ja pärjäämättömyyden tunnetta. Vastaavia tuloksia ovat saaneet myös Williamson ja Drummond (2000), Vuori ja Åstedt-Kurki (2009, 2010 ja 2012) ja Ridge (2011). Myös Denhamin (2003) ja Attreen (2006) tutkimustulosten mukaan köyhyys merkitsi vähävaraisille perheille rajoitettuja terveysresursseja, rajallisia valmiuksia kriisitilanteisiin, turvattomuutta, uskottavan tuen puutetta, avuttomuuden tunnetta ja tilanteen näkemistä usein toivottomana.

Tähän tutkimukseen osallistuneiden perheiden lapset olivat huolissaan rahan riittämisestä. Ridgen (2011) mukaan vähävaraisten lasten kokemat köyhyydestä johtuvat paineet sijoittuvat kolmelle alueelle: rahan riittävyyteen, materiaalistien resurssien puutteeseen ja sosiaaliseen hyväksyntään kuuluvien avainhyödykkeiden puutteeseen. Se, että lapset eivät tässä tutkimuksessa kertoneet paineista muilla alueilla, saattaa johtua siitä, että vanhempien näkökulmat tulivat haastatteluissa esiin selvästi paremmin kuin lasten. Tutkimustietoa vähävaraisissa perheissä elävien lasten hyvästä voinnista tarvitaan lisää.

Sosiaalinen verkosto tuki useimmiten perheen hyvää vointia, mutta sosiaalinen vuorovaikutus koettiin myös ahdistavana tai perheen riittämättömyyttä korostavana. Se saattoi johtaa perheen tai perheenjäsenten eristäytymiseen. Sosiaalisen verkoston ja sosiaalisen tuen erilaiset merkitykset pienituloisissa perheissä ovat tulleet esiin muissakin tutkimuksissa (Denham 2003, Vuori ja Åstedt-Kurki 2010 ja 2012, Ridge 2011).

Perheet ja perheenjäsenet kuvasivat mielekästä jaksamista ja selviytymistä tukevaa toimintaa sekä yksilöllisiä hyvän voinnin tukemiskeinojaan, jotka saattoivat olla ristiriidassa terveyteen liittyvän objektiivisen tiedon kanssa. Vaikka tarvitaan lisää tutkimustietoa perheiden selviytymisestä, näiden aikaisemminkin kuvattujen keinojen (mm. Vuori ja Åstedt-Kurki 2010, Ridge 2011) tunnistaminen ja arviointi yhdessä perheiden kanssa voi vahvistaa perhelähtöistä ja perhettä osallistavaa toimintaa.

## **PÄÄTELMÄT JA EHDOTUKSET HOITOTYÖN KÄYTÄNNÖN KEHITTÄMISEKSI**

Vähävaraisten lapsiperheiden hyvään vointiin liittyvien merkitysten tunnistaminen lisää tietoa haastavissa olosuhteissa elävien perheiden terveyteen liittyvistä arvoista, toiminnasta ja

tavoitteista. Se auttaa myös kohdentamaan tukea ja apua sitä eniten tarvitseville. Perheiden arkeen liittyvien merkitysten tunteminen auttaa hoitotyöntekijöitä asettamaan yhdessä heidän kanssaan realistisia tavoitteita ja suunnittelemaan heidän omasta näkökulmastaan mielekästä selviytymistä ja hyvää vointia tukevaa toimintaa. Kun perheiden voimavarat keskittyvät päivä kerrallaan elämiseen, esimerkiksi tulevaisuuteen suuntautunutta terveydenedistämistoimintaa ei ehkä koeta mielekkääksi.

Perheenjäsenten yksittäiset ja yhteiset kokemukset arjen rutiineista, perheen sisäisestä vuorovaikutuksesta sekä sosiaalisesta verkostosta ovat merkityksellisiä tuen tarvetta arvioitaessa. Tärkeää on myös perheiden ja perheenjäsenten yksilöllisten hyvän voinnin tukemiskeinojen tunnistaminen.

Perheen hyvään vointiin kuuluu riittävä taloudellinen toimeentulo. Huono toimeentulotaso saattaa huonontaa yksittäisten perheenjäsenten ja koko perheen yhteistä terveyden ja hyvän voinnin kokemusta usealla tavalla. Vähävaraaisuuden merkitys perheen ja perheenjäsenten terveyteen on syytä ottaa hoitotyössä huomioon perheiden terveyttä arvioitaessa ja tukea suunniteltaessa.

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että:

- vähävaraisten perheiden kanssa työskennellessään hoitotyöntekijän on hyvä selvittää yhdessä perheen kanssa, mitä terveys ja hyvä vointi heille merkitsevät ja millaisia kokemuksia niihin liittyy, jotta voidaan asettaa toiminnalle yhteisiä, realistisia tavoitteita.

- riskioloissa elävät lapsiperheet kannattaa ottaa mukaan kehittämään heidän arjessaan mielekkäitä ja tarkoituksenmukaisesti kohdentuvia hoitotyön toimintamalleja.
- vähävaraisten perheiden arkeen välitöntä helpotusta tuova tuki, kuten avun saaminen lastenhoidossa, voi olla perheen näkökulmasta heidän senhetkisessä arjessaan mielekkäämpi vaihtoehtoja kuin esimerkiksi tiedon saaminen terveellisistä elintavoista.
- hoitotyössä on tarpeen kiinnittää entistä enemmän huomiota perheiden vähävaraisuuteen.
- vähävaraisuus on tärkeä perheen terveyteen vaikuttava tekijä, joka saattaa huonontaa koko perheen ja perheenjäsenten koettua terveyttä ja hyvää vointia sekä lisätä perheenjäsenten fyysistä ja henkistä väsymystä ja pahaa oloa.
- perheiden omien hyvän voinnin ylläpitämiseen ja tukemiseen liittyvien keinojen tunnistaminen on hyvä lähtökohta suunniteltaessa mielekästä ja merkityksellistä, perheen hyvää vointia tukevaa toimintaa.

## LÄHTEET

Attree P. 2006. The Social costs of child poverty: a systematic review of the qualitative evidence. *Children & Society* 20(1), 54–66.

Bilinski HN, Duggleby W & Rennie D. 2010. The meaning of health in rural children: a mixed methods approach. *Western Journal of Nursing Research* 32(7), 949–966.

Campbell-Grossman C, Brage Hudson D, Keating-Lefler R, Ofe Fleck M. 2005. Community leaders' perceptions of single, low-income mothers' needs and concerns for social support. *Journal of Community Health Nursing* 22(4), 241–257.

Cohen BE, Reutter L. 2007. Development of the role of public health nurses in addressing child and family poverty: a framework for action. *Journal of Advanced Nursing* 60(1), 96–107.

Cohen MZ, Kahn DL, Steeves RH. 2000. How to analyze the data. Teoksessa: Cohen MZ, Kahn DL, Steeves RH. (toim.) *Hermeneutic phenomenological research: a practical guide for nurse researchers. Methods in nursing research.* Sage, California, 71–83.

Cook K, Davis E, Davies B. 2008. Discrepancy between expected and actual child support payments: predicting the health and health-related quality of life of children living in low-income, single-parent families. *Child: care, health and development* 34(2), 267–275.

Currie A, Shields MA, Price SW. 2007. The child health/family income gradient: evidence from England. *Journal of Health Economics* 26(2), 213–232.

Denham SA. 2003. Familial research reveals new practice model. *Holistic Nursing Practice* 17(3), 143–151.

Donalek JG. 2009. The family research interview. *Nurse Researcher* 16(3), 21–28.

Eggenberger SK, Nelms TP. 2007. Family interviews as a method for family research. *Journal of Advanced Nursing* 58(3), 282–292.

Fairbrother G, Kenney G, Hanson K, Dubay L. 2005. How do stressful family environments relate to reported access and use of health care by low-income children? *Medical Care Research and Review* 62(2), 205–230.

Flinck A, Åstedt-Kurki P. 2009. Analyysimenetelmän problematiikkaa fenomenologisessa tutkimuksessa. *Hoitotiede* 21(1), 67–77.

Flood A. 2010. Understanding phenomenology. *Nurse Researcher* 17(2), 7–15.

Giorgi A. 2006. Concerning variations in the application of the phenomenological method. *The Humanistic Psychologist* 34(4), 305–319.

Hamill C, Sinclair H. 2010. Bracketing - practical considerations in Husserlian phenomenological research. *Nurse Researcher* 17(2), 16–24.

Häggman-Laitila A, Tanninen H-M, Pietilä A-M. 2010. Effectiveness of resource-enhancing family-oriented intervention. *Journal of Clinical Nursing* 19(17–18), 2500–2510.

Kaikkonen R, Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Markkula J, Wikström K, Ovaskainen M-L, Virtanen S, Laatikainen T (toim.) 2012. Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Raportti 16/2012. THL, Helsinki.

Kangas O, Ritakallio V-M. 2008. Köyhyyden mittaustavat, sosiaaliturvan riittävyys ja köyhyyden yleisyys Suomessa. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 61. Kelan tutkimusosasto. Helsinki.

Kankkunen P, Vehviläinen-Julkunen K. 2008. Potilaiden sosiodemografisten muuttujien yhteydet riippuviin muuttujiin. *Hoitotiede* 20(3), 166–178.

Kaseva K. 2011. Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä- Integroitu kirjallisuuskatsaus, STM, Helsinki.  
[www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=3320152&name=DLFE-16805.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=3320152&name=DLFE-16805.pdf) [luettu 22.4.2012].

Kavanaugh K, Hershberger P. 2005. Perinatal loss in low-income African American parents. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 34(5), 595–605.

Lammi-Taskula J, Salmi M, Sauli H. 2009. Lapsiperheiden toimeentulo. Teoksessa: Ahlström S, Karvonen S, Lammi-Taskula J (toim.) Lapsiperheiden hyvinvointi 2009. THL, Helsinki, 78–92.

Larson K, Halfon N. 2010. Family income gradients in the health and health care access of US children. *Maternal and Child Health Journal* 14(3), 332–342.

Meiers SJ, Brauer DJ. 2008. Existential caring in the family health experience: a proposed conceptualization. *Scandinavian Journal of Caring Science* 22(1), 110–117.

Moisio P. 2010. Tuloerojen, köyhyyden ja toimeentulo-ongelmien kehitys. Teoksessa: Vaarama M, Moisio P, Karvonen S (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. THL, Helsinki, 180–197.

Najman JM, Hayatbakhsh MR, Clavarino A, Bor W, O’Callaghan MJ, Williams GM. 2010. Family poverty over the early life course and recurrent adolescent and young adult anxiety and depression: a longitudinal study. *American Journal of Public Health* 100(9), 1719–1723.

Nelson TJ. 2004. Low-income fathers. *Annual Review of Sociology* 30, 427–451.

Norlyk A, Harder I. 2010. What makes a phenomenological study phenomenological? An analysis of peer-reviewed empirical nursing studies. *Qualitative Health Research* 20(3), 420–431.



Olson BH, Horodynski MA, Brophy-Herb H, Iwanski KC. 2008. Health professionals' perspectives on the infant feeding practices of low income mothers. *Maternal and Child Health Journal* 14(1), 75–85.

Okkonen T, Vehviläinen-Julkunen K, Pietilä A-M. 2007. Lasten käsityksiä terveydestä ja terveyden edistämisestä-sisällöllinen ja metodinen näkökulma. *Hoitotiede* 19(5), 270–278.

Perttula J. 2006. Kokemus ja kokemuksen tutkimus: fenomenologisen erityistieteen tieteenteoria. Teoksessa: Perttula J, Latomaa T. (toim.) Kokemuksen tutkimus: merkitystulkinta-ymmärtäminen. *Dialogia*, Helsinki, 115–162.

Pölkki P. 2008. Osallistaa ja suojella. Näkökulmia lasten suojelua koskevan tutkimuksen eettiseen perustaan. Teoksessa: Pietilä A-M, Länsimies-Antikainen H (toim.) Etiikkaa monitieteisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä. Kuopion yliopiston julkaisuja F. *Yliopistotiedot* 45, Kuopio, 171–189.

Raphael D. 2003. Barriers to addressing the societal determinants of health: public health units and poverty in Ontario, Canada. *Health Promotion International* 18(4), 397–405.

Ridge T. 2011. The everyday costs of poverty in childhood: a review of qualitative research exploring the lives and experiences of low-income children in the UK. *Children & Society* 25(1), 73–84.

STM. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2012–2015. [stm.fi/kaste](http://stm.fi/kaste) [luettu 4.2.2012].

Terveydenhuoltolaki 1326/2010.

Thompson CW, Fitzpatrick JJ. 2008. Positive health practices and temporal perspective in low-income adults. *Journal of Clinical Nursing* 17(13), 1708–1717.

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011.

White MA, Elder JH, Paavilainen E, Joronen K, Helgadottir HL & Seidl A. 2010. Family dynamics in the United States, Finland and Iceland. *Scandinavian Journal of Caring Science* 24(1), 84–93.

Whitehead L. 2004. Enhancing the quality of hermeneutic research: decision trail. *Journal of Advanced Nursing* 45(5), 512–518.

Williamson DL, Drummond J. 2000. Enhancing low-income parents' capacities to promote their children's health: education is not enough. *Public Health Nursing* 17(2), 121–131.

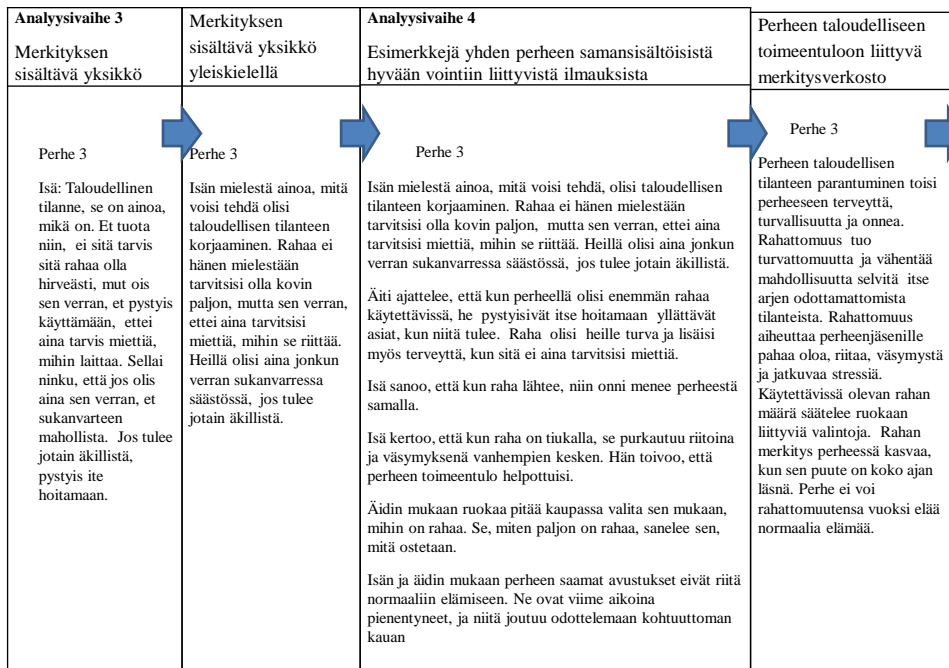
de Witt L, Ploeg J. 2006. Critical appraisal of rigor in interpretive phenomenological nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 55(2), 215–229.

Vuori A, Åstedt-Kurki P. 2009. Well-being of mothers with children in Finnish low-income families - the mother's point of view. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 23(4), 748–756.

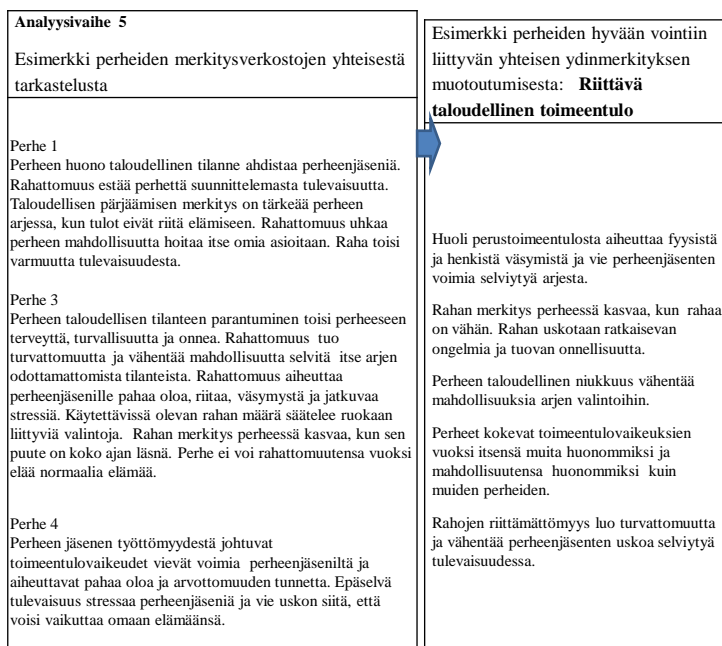
Vuori A, Åstedt-Kurki P. 2010. Vähävaraisten äitien kokemuksia terveyttä tukevista tekijöistä. *Tutkiva Hoitotyö* 8(1), 20–27.

Vuori A, Åstedt-Kurki P. 2012. Experiences of health and well-being among Finnish low-income fathers. *Nursing Inquiry*, Article first published online: 16.1.2012.

Yoo J, Slack KS, Hol JL. 2010. The impact of health-promoting behaviors on low-income children's health: a risk and resilience perspective. *Health & SocialWork* 35(2), 133–143.



Kuvio 1. Esimerkkejä perheaineiston analyysin etenemisestä vaiheista 3 – 5.



Kuvio 1. Esimerkkejä perheaineiston analyysin etenemisestä vaiheista 3 – 5 (jatkuu).

Taulukko 1. Tiedonantajaperheet.

Perhe	Tiedonantajat	Perheenjäsenet ja heidän ikänsä	Asuinpaikka	Vähävaraisuuden kriteeri	Perhemuoto
1.	äiti ja vanhin lapsi, muut lapset paikalla	isä (37 v) äiti (33 v) kolme lasta (6 v, 8 v ja 11 v)	maaseutu	toinen vanhemmista työttömänä yli kolme vuotta	naimisissa
2.	isä ja äiti, kotona asuva lapsi paikalla	isä (51 v) äiti (48 v) kaksi lasta (15 v ja 20 v [asuu muualla])	maaseutu	molemmat olleet työttöminä pitkiä aikoja, tällä hetkellä toinen vanhemmista työttömänä neljä vuotta	naimisissa
3.	isä ja äiti, vauva mukana	isä (40 v) äiti (20 v) lapsi (1,5 kk) isän kaksi aikuista lasta aikaisemmasta avioliitosta (asuvat muualla)	kaupunki	perhe saanut toimeentulotukea yli kaksi vuotta	uusperhe
4.	isä ja äiti,	isä (43 v)	maaseutu	toinen perheen	naimisissa

	lapset paikalla	äiti (45 v)  kolme lasta (8 v, 12 v ja 17 v)		aikuinen  työttömänä yli kaksi vuotta	
5.	äiti ja isä,  lapset paikalla	isä (37 v)  äiti (32 v)  viisi lasta (3 v, 5 v, 8 v, 10 v ja 11 v)	maaseutu	toinen perheen aikuinen  työttömänä yli vuoden	naimissa
6.	äiti ja  vanhempi lapsi,  toinen lapsi paikalla	äiti (44 v)  kaksi lasta 15 v ja 4 v)	kaupunki	äiti työttömänä neljä vuotta	yksinhuoltaja



Kuvio 2: Vähävaraisen lapsiperheen hyvä vointi

**Vähävaraisten äitien kokemuksia terveyttä tukevista tekijöistä / Ilmestynyt Tutkiva hoitotyö**

**Lehdessä 2010, 8(1), 20-27.**

**Anne Vuori**

THM, lehtori, terveydenhoitaja

Lahden ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveystieteiden laitos

anne.vuori@lamk.fi

**Päivi Åstedt-Kurki**

THT, professori, laitoksen johtaja, erikoissairaanhoitaja

Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Tiedekeskus

paivi.astedt-kurki@uta.fi



Artikkelissa kuvataan vähävaraisten lapsiperheiden äitien kokemuksia terveyttä ja hyvää vointia vahvistavista ja heikentävistä tekijöistä sekä niihin liittyvästä tuesta. Tieto kerättiin toimeentulotukea saavilta äideiltä (n = 15) haastattelemalla ja analysoitiin fenomenologiaan perustuvalla aineistolähtöisellä analyysimenetelmällä.

Äidin terveyteen ja hyvään vointiin vaikuttavat monet yksilölliset ja elämäntilanteeseen liittyvät tekijät. Tuki merkitsee äideille avunsaannin kokemusta, joka vaikuttaa positiivisella tavalla arkipäivän hyvään vointiin. Tuki voi myös olla hyvää vointia murtavaa ja ristiriitaisia tunteita aiheuttavaa. Tuen lähteet ovat yksilöllisiä.

Tuottamalla tietoa vähävaraisten lapsiperheiden äitien terveyteen liittyvistä arkielämän kokemuksista, halutaan lisätä hoitotyöntekijöiden valmiutta monialaiseen yhteistyöhön riskioloissa elävien perheiden tukemiseksi sekä sosiaalisen näkökulman huomioimiseen hoitotyössä.

**Asiasanat:** vähävaraiset äidit, hyvä vointi, terveyden edistäminen, perhehoitotyö

# **EXPERIENCES OF MOTHERS IN LOW-INCOME FAMILIES ON THEIR HEALTH NEEDS PRIORITIES**

Anne Vuori MNSc, Päivi Åstedt-Kurki PhD

This article describes experiences of Finnish mothers of low-income families with children on their well-being and health needs priorities and what kind of support is available for them. Based on the phenomenological method, the informants of this study consisted of mothers of low-income families with children (n=15) in receipt of income support.

Many individual factors and factors, which are linked meanings in everyday life, were reflected in mothers' health and well-being. Support means to mother experience of useful help, which have positive effect on the family's everyday life and situation. Support can also break out well-being. The sources of support are individual.

Understanding the meanings that grow out of different families' everyday life helps nurses to strengthen their skill to work with families living in risk conditions and take account social perspective in their work in collaboration with other family workers.

**Keywords:** Low-income mothers, well-being, health promotion, family nursing

Vähävaraisten lapsiperheiden tukemisessa ja terveyden edistämisessä tarvitaan monialaista tietoa ja yhteistyötä toiminnan perustaksi. Suomalaisessa hoitotyön tutkimuksessa ja hoitotyön toiminnassa ei sosioekonomisiin terveyseroihin eikä asiakkaiden, yksilöiden tai perheiden sosiaalisen taustan merkitykseen ole kiinnitetty kovin paljon huomiota. Terveyserojen vähentäminen on kuitenkin asetettu tavoitteeksi muu muassa Kansallisessa hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmassa 2004–2007 (STM 2003) ja Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämisohjelmassa KASTE 2008–2011 (STM 2008).

Eri elämäntilanteissa elävien lapsiperheiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä tarvitaan tietoa perheiden omasta näkökulmasta. Monitieteisessä tutkimuskatsauksessa, joka koski lapsiperheiden terveyttä edistävää tukea ja sen lähtökohtia, esitettiin tutkimus- ja kehittämisalueiksi perheen oma käsitys ja kokemus terveydestään sekä perheiden terveyden tunnistamisen ammatilliset lähtökohdat (Häggman-Laitila ja Pietilä 2007).

Hoitotieteellisessä tutkimuksessa perheen ja yksilön terveyttä on pyritty lähestymään kokonaisvaltaisesti ja positiivisesti. Yksilön ulkopuolelta määritellyn, kaikille yhteisen hyvän terveyden määritelmän rinnalla on asiakaslähtöinen ja perheen omia voimavaroja korostava lähestymistapa, jonka lähtökohtana on perheen ja perheen jäsenten oma näkemys terveydestään ja hyvästä voinnistaan. (mm. Åstedt-Kurki ym. 2004, Häggman-Laitila ja Pietilä 2007.)

Tässä artikkelissa kuvataan vähävaraisten lapsiperheiden äitien omia kokemuksia heidän terveyttään ja hyvää vointiaan vahvistavista ja heikentävästä tekijöistä sekä niihin liittyvästä tuesta. Artikkelissa esitetään osatuloksia väitöskirjatutkimuksesta, jonka tavoitteena on tuottaa tietoa vähävaraisten lapsiperheiden terveyden ja hyvän voinnin kokemuksista. Tutkimuksen tarkoituksena on kehittää tarkoituksenmukaisesti kohdentuvia hoitotyön toimintamalleja riskioloissa elävien lapsiperheiden tukemisessa.

## **KIRJALLISUUSKATSAUS**

Suomessa on suhteellisen vähän vähävaraisuuteen liittyvää tutkimusta lapsiperheiden omasta näkökulmasta ja perheiden hoitamisen näkökulmasta. Yhteys perheen huonon taloudellisen tilanteen sekä perheen jäsenten terveyden ja hyvän voinnin välillä on tullut esiin useassa tutkimuksessa. (mm. Häggman-Laitila ja Euramaa 2003.)

Heimo (2002) ja Sirviö (2006) ovat tutkineet terveydenhoitajan työtä lastenneuvolassa terveydenhoitajien ja asiakkaiden näkökulmasta. Heidän tuloksistaan ilmeni, että neuvoloissa kerättiin tietoa perheen sosiaalisesta asemasta ja taloudellisista ongelmista vain satunnaisesti. Hoitotyöntekijät eivät myöskään liittäneet perheen taloudellisia ongelmia tai työttömyyttä yksilön tai perheen terveyteen tai laajempaan yhteiskunnalliseen kontekstiin, vaan terveyttä käsiteltiin useimmiten erillisenä ja yksilöiden vastuuta painottaen. Vaikka lapsiperheiden terveyden tukeminen ja edistäminen ovat lasten- ja äitiysneuvolatoiminnan keskeisiä tavoitteita, juuri erityistukea tarvitsevat perheet jäävät usein ilman

riittävää tukea. (Heimo 2002, Sirviö 2006.) Häggman-Laitilan (2005) tutkimustuloksen mukaan on kuitenkin mahdollista vahvistaa erityistä tukea tarvitsevien yksilöiden ja perheiden terveyttä ja hyvinvointia kehittämällä yksilöllistä voimavara-lähtöistä, perheen elämäntilanteen huomioivaa lähestymistapaa.

Kansainvälistä vähävaraisten äitien terveyteen ja terveydenedistämiseen liittyvää tutkimustietoa on jonkin verran (esim. Keating-Lefler ym. 2004, Campbell-Grossman ym. 2005). Asiaa on tarkasteltu äitien, perheiden ja hoitotyöntekijöiden näkökulmista laadullisilla että määrällisillä menetelmillä. Pääosin mielenkiinto tutkimuksissa on kohdistunut matalatuloisten väestöryhmien ja muiden väestöryhmien terveyden tai sairastavuuden vertailuun sekä terveyden ja pienien tulojen väliseen yhteyteen. Englantilainen hoitotyöntutkija Ann Hemingway (2007) on esimerkiksi selvittänyt narratiivisessa kirjallisuuskatsauksessaan, mitä tiedetään terveyteen yleisesti vaikuttavien tekijöiden (tulotaso, koulutus, työllisyys ja asunto-olot), terveyskäyttäytymisen ja sepelvaltimotaudin yhteyksistä pienituloisilla naisilla. Päätelmänä on, että vaikka sepelvaltimotautien yleisimmät riskit tunnetaan hyvin, niiden vaikutuksesta terveyskäyttäytymiseen ei ole riittävästi sellaista tietoa, jonka avulla voitaisiin kehittää terveyden edistämisen keinoja aiempaa paremmin ihmisten elämänolosuhteet huomioiviksi.

Englantilainen terveyssosiologi Pamela Attree on tehnyt useita systemaattisia katsauksia pienituloisten vanhempien ja heidän lastensa selviytymistä koskevista laadullisista tutkimuksista (Atree 2004, 2005, 2006). Hän painottaa köyhyydessä elävien lasten, nuorten ja vanhempien omien kokemusten huomioon ottamista

terveyspolitiikkaa ja palveluja suunniteltaessa. Hänen tutkimustulostensa mukaan köyhyys kapeutti lasten elämää sekä sosiaalisesti että taloudellisesti. Lasten vanhempien kokemukset muodollisesta ja epämuodollisesta tuessa olivat sekä positiivisia että negatiivisia, samoin kuin kokemukset virallisesta sosiaali- ja terveydenhuollosta. Vähiten ammatillista apua halusivat hakea sosiaalisesti kaikkein eristyneimmät pienituloiset äidit.

Hoitotyön tutkijoiden kiinnostuksen kohteena ovat usein olleet vähävaraiset yksinhuoltajaäidit ja heidän tuen tarpeensa. Amerikkalaisen Rebecca Keating-Leflerin ym. (2004) laadullisesta tutkimuksessa selviteltiin yksihuoltajaäitien tarpeita ja sosiaalista tukea. Äidit tarvitsivat tiedollista, emotionaalista, arviointiin liittyvää ja konkreettista tukea. Sosiaalinen tuki koettiin negatiivisena tai positiivisena tilanteesta riippuen. Tämä tuli esille myös yhdysvaltalaisen Christie Campbell-Grossmanin ym. (2005) laadullisessa tutkimuksessa, jossa selviteltiin kenttätöntekijöiden havaintoja yksihuoltajaäitien tarpeista ja sosiaalisesta tuesta. Heidän mukaansa äideillä oli myös järjestelmään liittyviä esteitä kuten systeemin pelko (lapsi otetaan pois, jos he tekevät jotain väärin) sekä palvelun tunteettomuus ja tehottomuus. Kanadalainen Sharon Yanicki (2005) tutki yksihuoltajaäitien kokemuksia kotikäynneillä saamastaan tuesta. Muodollisen ja epämuodollisen tuen kokemisessa oli äitien kohdalla sekä eroja että samankaltaisuuksia. Toiset kokivat jonkin seikan tukena, toiset taas saman asian selviytymistään estävänä tekijänä.

Persoonallisen kasvun tukemista ja tuen yksilöllisen merkityksen ymmärtämisen tärkeyttä osana hoitotyötä puoltavat myös yhdysvaltalaisen Linda Oakleyn (2005)

ym. tutkimustulokset. Oakley ym. (2005) tutkivat pienituloisille afrikkalais-amerikkalaisille äideille suunnatussa kyselytutkimuksessaan äitien positiivisia ja negatiivisia depression hallintakeinojaan. Kehittyneet, vahvat puolustusmekanismit ennustivat äitien positiivista depression hallintaa ja vaikeat elämän olosuhteet negatiivista depression hallintaa.

## **TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA MENETELMÄT**

Tutkimustehtävänä oli selvittää, millaisia kokemuksia vähävaraisilla äideillä on terveyteen ja hyvään vointiin liittyvästä perheen ulkopuolelta tulevasta tuesta ja millaiset tekijät vahvistavat ja heikentävät heidän terveyttään ja hyvää vointiaan.

Tutkimusaineisto koottiin haastattelemalla 15:tä vähävaraisen lapsiperheen äitiä. Heidät valittiin harkinnanvaraisella otannalla toimeentulotukea saavista lapsiperheistä kolmen suomalaisen kunnan alueelta. Harkinnanvaraisuus tarkoitti sitä, että mukaan tutkimukseen tulivat ne äidit, jotka olivat kykeneviä ja halusivat osallistua, olivat saaneet vähintään vuoden ajan toimeentulotukea ja joiden kanssa asui alle 16-vuotias lapsi tai lapsia. Aineisto kerättiin vuosina 2004–2005.

Tutkija (AV) haastatteli äitejä heidän toivomuksensa mukaan joko heidän kotonaan tai vapaaehtoisjärjestöjen tiloissa. Hän nauhoitti haastattelut, joiden kesto vaihteli tunnista kahteen ja puoleen tuntiin. Haastattelun muotona oli avoin haastattelu. Tutkija käytti tukenaan väljiä teemoja, joiden avulla hän pyrki rajaamaan haastattelun tutkittavaan ilmiöön. Teemat muodostuivat tutkijan (AV) kokemukselliseen terveyteen liittyvän esiymmärryksen avulla, ja teemoissa

hyödynnettiin Åstedt-Kurjen (1992) ja Häggman-Laitilan (1999) tutkimustuloksia terveyden yksilöllisestä kokemisesta arkielämässä ja siihen liittyvistä hyvän elämän arvoista.

Tutkimukseen osallistuneiden äitien perheisiin kuului kahdesta viiteen perheenjäsentä, joista alle 16-vuotiaita oli jokaisessa perheessä yksi tai useampi. Yhteensä tiedonantajaperheissä asui 24 lasta, ja heidän ikänsä vaihteli kuukaudesta kymmeneen vuoteen. Äitien ikä vaihteli 19–45 vuoteen. Yleisimpiä perheiden toimeentulotuen tarpeen syitä olivat työttömyys, yksinhuoltajuus, sairaus, päihteiden väärinkäyttö tai moniongelmaisuus. Äideistä yksin lastensa kanssa asuvia oli yhdeksän, kuudessa perheessä asui myös äidin kumppani.

Aineisto on analysoitu deskriptiiviseen ja hermeneuttiseen fenomenologiaan perustuvalla aineistolähtöisellä analyysimenetelmällä. Se on sovellus Cohenin, Kahnin ja Steevesin (2000) kuvaamasta hoitotieteessä käytetystä ja Giorgin (1997) kuvaamasta sekä Perttulan (2006) edelleen kehittämästä fenomenologisen psykologian tutkimusmetodista. Fenomenologinen lähestymistapa valittiin, koska sen avulla oli mahdollista kuvata ja ymmärtää yksittäisten äitien kokemuksia ja heidän toimintaansa vaikuttavia merkityksiä, joista tässä oltiin kiinnostuneita.

Analyysi alkoi tutkijan (AV) kerätessä ja litteroidessa aineistoa ja jatkui aineiston yhdistämisellä yhdeksi aineistoksi (205 sivua, riviväli 1) ja aineiston avoimella lukemisella useaan kertaan. Toisessa vaiheessa tutkija nosti haastatteluaineistosta kunkin äidin esille tuomat, tutkimustehtävien kannalta oleelliset ilmaukset. Kolmannessa vaiheessa hän käänsi jokaisen merkityksen sisältävän yksikön



yleiskielelle. Neljännessä vaiheessa tutkija (AV) hahmotteli jokaisen äidin omaa yksilökohtaista merkitysverkostoa etsien aineistosta merkitystihentymiä. Niistä hän muodosti merkityskokonaisuuksia mielikuvatasolla tapahtuvan muuntelun avulla (esimerkkejä taulukossa 1). Viidennessä vaiheessa tutkija eteni analyysissä yksilökohtaisista merkityksistä ja merkitysverkostoista yleiselle tasolle.

Yksilökohtaisista merkityskokonaisuuksista muodostui synteesejä, merkitysperspektiivejä, joiden avulla tutkija rakensi yleisen kuvauksen tämän aineiston vähävaraisten äitien terveyttä vahvistavista ja heikentävistä tekijöistä sekä perheen ulkopuolisen tuen lähteistä ja tukea murtavista tekijöistä.

## **TULOKSET**

### **Vähävaraisten äitien kokemuksia perheen ulkopuolisesta tuesta ja tukea murtavista tekijöistä**

Tuki merkitsi äidille tarpeellisen avunsaannin kokemusta, joka vaikutti positiivisella tavalla arkipäivän hyvään vointiin. Toisaalta tuki saattoi tuottaa ristiriitaisia, negatiivisia tuntemuksia, kuten syyllisyyttä siitä, ettei itse selviydy. Tuen kokemus on jaettu seuraavassa merkityksensä mukaisesti äidin näkökulmasta tarpeelliseen, arjessa hyvää vointia tuottavaan tukeen ja tarpeelliseen mutta hyvää vointia osin murtavaan tukeen eli ristiriitaisia tuntemuksia aiheuttavaan tukeen.

### ***Arjessa hyvää oloa tuottava tuki***

Monimuotoista ja perheittäin vaihtelevaa aineellista, henkistä ja sosiaalista tukea saatiin sukulaisilta, ystäviltä, lasten isiltä ja muilta läheisiltä. Läheisten ihmisten läsnäolo arkipäivässä tuki selviytymistä. Läheisverkoston suppeus tai sen puuttuminen kokonaan merkitsi yksinäisyyttä ja ulkopuolisuuden kokemusta.

Virallisen järjestelmän eli sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tarjoama tuki ei korvannut läheisverkoston tukea:

*”Sanotaan näin että ilman lapsen kummitätii, mä en olis jaksanu silloin tähän astikka varmaan. Mä olisi ollu kyl ihan lopussa jo. Siin oli sit yks toinen kaveri., ni sellast kaks apua että, sitte pysty aina soittaa et nyt mä alan olla ihan puhki et voiko tulla joku?”*

Virallisesta järjestelmästä saatavaan terveyden ja hyvän voinnin tukeen liittyi ehtoja. Terveystuella sai hyvin tukea, jos osasi ja jaksoi itse hakea, vaatia palvelua ja olla yhteistyöhaluinen. Autetuksi tuli myös silloin, kun oli selkeä fyysinen vaiva tai sairaus tai kun voi todella huonosti. Apua sai helpommin lapselle kuin vanhemmille. Tuettaessa keskityttiin enemmän yksittäiseen vaivaan ja yksilöön kuin koko perheeseen. Kun vaivalle löytyi nimi eli diagnoosi, tuen saaminen helpottui. Autetuksi tulemisen tunnetta vahvisti ystävällinen kohtelu ja palveluiden toimiminen.

Sosiaalityöntekijöiltä saatu tuki näyttäytyi monimuotoisempana, joustavampana ja enemmän koko perhettä koskevana kuin terveydenhuollosta saatu tuki, vaikka

siihenkin liittyi ehtoja. Auttajien henkilökohtaiset suhteet autettavaan olivat merkityksellisiä. Vapaaehtoisjärjestöjen ja eri viranomaisten yhdessä organisoimien projektien antama tuki koettiin positiivisena, kokonaisvaltaisena ja pitkäaikaisemmin koko perhettä tukevana. Tuki tavoitti kuitenkin vain joitakin perheitä.

Vertaistuesta äideillä oli hyviä kokemuksia. Tuki oli äidin itsensä löytämää tai tukijärjestelmien kautta löydettyä. Oman ja perheen hyvän voinnin tukena jotkut äidit mainitsivat myös naapurit, päiväkodin, koulun tai opiskelun, kirjaston, seurakunnat ja harrastuspiirit.

### ***Ristiriitaisia tunteuksia aiheuttava tuki***

Läheisverkostolta saatuun tukeen liittyi myös negatiivisia piirteitä kuten riippuvuuden tunteen lisäämä epävarmuus omasta selviytymisestä tai joutuminen vallankäytön kohteeksi. Eniten ristiriitaisia tunteuksia liittyi kuitenkin virallisesta järjestelmästä saatuun tukeen. Vaikka järjestelmän tarkoitus on tukea äidin ja perheen hyvinvointia ja terveyttä, sen merkitys muotoutui toisinaan päinvastaiseksi. Näin kävi esimerkiksi silloin, kun äiti koki, ettei häntä tai hänen perhettään arvostettu, häntä kohdeltiin alentuvasti, töykeästi tai epäasiallisesti, häneen suhtauduttiin epäluuloisesti nuoren ikänsä tai elämäntyyliensä vuoksi tai hänen avun tarvettaan vähäteltiin ja aliarvioitiin:

*”Muutenkin se asenne oli hyvin sellain alentuva, ninku muhunki. Se jotenki sano että kannattiko nyt tulla raskaaks? Tai jotain tämmöstä. Et tällälailla sanoo ihmiselle joka on yli kolmekymppinen jo, joka on ninku aikuinen!”*

Realistisen, asiakkaan elämäntilanteen ja yksilöllisyyden huomioonottavan ohjauksen puute tuli myös esiin. Asiakas ei ymmärtänyt ohjausta tai hänellä ei ollut realistisia mahdollisuuksia noudattaa saamiaan ohjeita.

Saatu tuki koettiin hajanaisena. On raskasta etsiä apua monesta eri paikasta. Apua saadakseen äidin oli kerrottava monelle ihmiselle omista ongelmistaan ja siitä, että hänellä menee elämässä huonosti. Äidin paha olo ei tuntunut kuuluvan kenellekään:

*”No onhan siellä neuvolassa ihana käydä, mut ei se kauheesti meiän tähän elämään puutu sillai, ett heti ku vauva syntyy ei enää välitetä siitä miten äiti voi. Tai sit kysyy just sillee et noo mitens te voitte, et tulee sellain olo et sanotaan nyt sitte et hyvin. Et se ei sillee halua kuunnella niitä kaikkia juttuja.”*

Sosiaali- ja terveysviranomaiset ottivat asiakkaan päätösvallan itselleen ja sanoivat, kuinka hänen tulee elää. Valtaa käytettiin palvelujen ja rahan jakamisen varjolla. Ulkopuolisuuden ja omasta elämästään vieraantumisen kokemukset passivoivat.

Huonoksi äidiksi leimaantumisen pelko ja ulkopuolelta tulevat roolipaineet aiheuttivat epävarmuutta selviytymisestä ja syyllisyyttä, jota jotkut tueksi tarkoitetut palvelukokemukset vahvistavat. Henkilökunnan käyttäytymisestä etsittiin ja löydettiin piirteitä, jotka vahvistivat syyllisyyttä siitä, että äiti elää yhteiskunnanvaroilla, hänellä ei ole työtä tai hänen lapsellaan on käytöshäiriöitä. Oli nöyryyttävää, jos annettiin ymmärtää, että haki turhaan apua tai leimattiin

uusavuttomaksi. Äitien omia huomioita itsensä tai lapsensa avuntarpeesta ei otettu todesta.

Lastenneuvola merkitsi usein paikkaa, jossa piti näytellä onnellista äitiä ja jossa ei tullut mieleenkään puhua omasta väsymyksestään tai jaksamattomuudestaan. Äiti koki olevansa enemmän tarkkailun kohde kuin tuen tarvitsija:

*”Et neuvola on niin lapsikeskeinen paikka, jos mä meen neuvolaan ja itken siellä näit ongelmiani, niin seuraavan kerran, mä tuun mun lapsen kanssa, niin kattooks se mua, mun lastani sillä tavalla että näkyyks siin lapsessa jotain fyysisen pahoinpitelyn merkkejä ja noin. Masentuneena hakannu lasta. Tavallaan koin sellasta painettakin siellä, siellä istuu onnelliset äidit pienten lastensa kanssa keksihymy naamalla ja sitten pitää mennä sinne ja siel on hellantuttelis se neuvolan täti, mikä punnitsee ja mittaa sitä vauvaa ja, miten mä selittäisin, koen että siellä on pakko olla onnellisen näkönen!”*

Taulukossa 2 on kuvattu äideille hyvää oloa tuottavaa tukea ja ristiriitaisia tuntemuksia aiheuttavaa tukea. Tuen ja avunsaannin kokemukset ovat yksilöllisiä ja tilannesidonnaisia. Äidit tarvitsevat monenlaista tukea, mutta tuen saamiseen ja vastaanottamiseen liittyy myös tukea murtavia tekijöitä.

## **POHDINTA**

### **Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys**

Artikkelissa kuvatussa tutkimuksessa tuotettiin tietoa vähävaraisten lapsiperheiden äitien terveyttä vahvistavista ja heikentävistä kokemuksista sekä heidän kokemuksistaan perheen ulkopuolelta saamastaan tuesta. Kokemuksen tutkimisen haasteena on toisen ihmisen kokemuksen konstruktion ja tutkijan siitä tekemän rekonstruktion luotettavuus. Sitä voidaan kuitenkin arvioida sen mukaan, kuinka aineistolähtöinen ja johdonmukainen tutkimusprosessi on.

Aineistolähtöisyydellä tarkoitetaan äitien äänen kuulumista tuloksissa ja tutkimusprosessin loogista yhtenevyyttä äitien kokemusten tutkimiseen. Yksi kriteeri on myös tutkimusprosessin kontekstisidonnaisuus eli se, miten hyvin todellisuus, jossa tiedonantajat elävät, on pystytty ottamaan huomioon tulosten tulkinnassa. Tutkijan ja tiedonantajien välillä ei tullut esiin erilaisista elämismaailmoista johtuvia ymmärtämisen esteitä, joista esimerkiksi Averitt (2003) on raportoinut. Se, että kahdessa perheessä lapset olivat läsnä haastattelutilanteissa, saattoi vaikuttaa siihen, mitä äidit sanoivat ja jättivät sanomatta. Arviointikriteereitä ovat myös tavoiteltavan tiedon laatu, tutkijan vastuullisuus, subjektiivisuus ja tutkimusprosessin reflektointi. Tässä tutkimuksessa tutkija joutui koko tutkimusprosessin ajan pohtimaan ja perustelemaan tekemiään ratkaisuja, niiden johdonmukaisuutta ja pitämään mielessään omat rajoituksensa toisen kokemustiedon tulkinnassa. Tutkimuksen luotettavuutta lisäsivät myös tutkijan omien esioletusten tunnistaminen, niiden

sulkeminen pois ja mielikuvatasolla tapahtuvan muuntelun systemaattisuus.

(Perttula 2006, Whitehead 2004, Latomaa 2006, Witt ja Ploeg 2006).

On tärkeää että tiedonantajat tietävät ja ymmärtävät, millaisesta tutkimuksesta on kyse ja heillä on riittävästi tietoa ennen kuin he tekevät päätöksen osallistua tutkimukseen. Äidit tavoitettiin sosiaalityöntekijöiden, projektityöntekijöiden ja seurakuntien työntekijöiden avustuksella. Ennen yhteydenottoa työntekijöihin haettiin tutkimuslupa heidän organisaatioiltaan. Kun lupa oli saatu, työntekijöitä pyydettiin välittämään tietoa tutkimuksesta niille asiakkailleen, jotka täyttivät tutkimuksen sisäänottokriteerit, ja kysymään heidän haluaan osallistua tutkimukseen. Tämän jälkeen tutkija (AV) otti yhteyttä niihin äiteihin, jotka olivat ilmoittaneet halukkuutensa ja sopi heidän kanssaan haastatteluajankohdasta ja -paikasta ja pyysi luvan haastattelun nauhoittamiseen. Koska äitien yksityisyyden suojeleminen haluttiin varmistaa mahdollisimman hyvin, tutkija ei kirjannut heidän nimiään eikä osoitetietojaan mihinkään ja tapasi heidät vain kerran. Tämä saattaa heikentää aineiston rikkautta ja näin tutkimuksen luotettavuutta (Åstedt-Kurki ym. 2001, Whitehead 2004).

Tutkimusprosessissa tiedonantajaäitejä pidettiin eettisesti erityisen haavoittuvina, koska he elivät vaikeissa elämäntilanteissa, joihin liittyi henkilökohtaisten resurssien ääri rajoilla toimiminen ja sosiaalisen leimaantumisen riski. Koska haastatteluissa tuli esille äitien toiveita tuesta ja raskaita elämäntilanteita, tutkija (AV) ohjasi äitejä edelleen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen piiriin, mistä he saisivat kaipaamaansa tukea. (Åstedt-Kurki ym. 2001, Kavanaugh ym. 2006.)

## **Tulosten tarkastelu**

Tutkimukseen osallistuneet vähävaraisten perheiden äidit kokivat perheen ulkopuolelta tulevan tuen sekä arjessa hyvää oloa tuottavaksi että ristiriitaisia tuntemuksia aiheuttavaksi. Myös muissa tutkimuksissa on kuvattu tukea, jolla voi olla positiivisia eli auttavia tai negatiivisia eli kuormittavia vaikutuksia suhteessa terveyteen ja hyvään vointiin (Keating-Lefler ym. 2004, Fingeld-Connett 2005, Attree 2004, 2005, 2006).

Arjessa hyvää oloa tuottavan tuen kokemukset liittyivät sukulaisilta ystäviltä ja läheisiltä saatavaan monimuotoiseen, aineelliseen, henkiseen ja sosiaaliseen tukeen. Läheisverkoston suppeus tai puuttuminen merkitsi yksinäisyyttä ja kaiken ulkopuolelle luisumisen kokemusta. Myös Keating-Leflerin ym. (2004) ja Sgarbossan ym. (2004) matalatuloisiin äiteihin kohdistuvien tutkimusten tulosten mukaan läheisiltä saatu tuki oli näiden äitien kohdalla yksi tärkeimmistä sosiaalisen tuen muodoista. Toisin kuin Nyamathin ym. (1999) ja Sgarbossan ym. (2004) aineistoissa, joissa isät näyttäytyivät myös ristiriitojen aiheuttajina ja äidin voimien kuluttajina, tässä aineistossa lasten isät tukivat äitien selviytymistä, silloin kun yhteys heihin oli säilynyt. Tukiverkoston yksilöllinen kartoittaminen on hyvä lähtökohta äitien ja perheiden terveyden edistämiseksi ja tukemiselle.

Viralliselta järjestelmältä saatuun tukeen liittyi ristiriitaisuutta. Äitien negatiiviset kokemukset liittyivät huonoon kohteluun, avunantajan ja -tarvitsijan kohtaamattomuuteen, arvottomuuden tunteen vahvistumiseen sekä kokemukseen



siitä, ettei saanut apua. Keating-Lefler ym. (2004, ks. myös Attree 2005) toivat myös esiin epäkunnioittavan kohtelun ja systeemin toimimattomuuden vähävaraisten äitien negatiivisen tuen kokemuksina. Negatiiviset kokemukset palvelujärjestelmässä saattoivat lamauttaa äidin ja pahentaa perheen tilannetta entisestään.

Äitien elämäntilannetta ei otettu riittävästi huomioon ohjauksessa ja neuvonnassa, ja saatu ohjaus koettiin epärealistiseksi suhteessa arkipäivään. Samansuuntaisia tuloksia perheiden saamasta ohjauksesta ovat esittäneet muun muassa Kääriäinen ja Kyngäs (2005) ja Sirviö (2006). Myös Garveyn ym. (2006) tulosten mukaan pienipalkkaiset äidit osallistuivat heille tarkoitettuun vanhemmuutta tukevaan projektiin huonosti tuen halustaan huolimatta, koska kokivat, ettei projekti kohtaa heidän arkielämäänsä.

Äideillä on kokemuksia siitä, että sosiaali- ja terveysviranomaiset ottavat asiakkaan päätösvalan itselleen ja sanovat, kuinka heidän tulee elää. Tämä asiakasryhmä tuntuu olevan erityisen herkkä antamaan pois oman päätösvaltansa, mikä johtaa helposti passivoitumiseen (mm. Attree 2005, Porr 2006).

Äidit eivät uskaltaneet puhua kaikista ongelmistaan neuvolassa, koska siellä heidän mielestään pitää näytellä onnellista perhettä. Erityisen vaikeaa äideille oli tuoda esiin omia ongelmiaan. Tämä tulos tukee neuvolan toimintaan liittyviä tutkimuksia (mm. Viljamaa 2003, Häggman-Laitila ja Euramaa 2003, Sirviö 2006), joiden mukaan neuvolassa korostuu lapsikeskeisyys, joka saattaa estää

vanhemmuuden tukemista. Asiakkaat myös hyväksyvät herkästi asiantuntijuuden, passivoituivat ja toimivat rooliodotusten mukaisesti.

## **Päätelmät**

Tutkimustulokset tukevat sitä, että hoitotyöntekijöiden tulee tuntea erilaisissa elämäntilanteissa elävien äitien arkielämää – tunteminen on edellytys tulokselliselle työskentelylle perheiden terveyden edistämisessä. Tukiverkoston yksilöllistä kartoittamista voidaan pitää hyvänä lähtökohtana äitien ja perheiden terveyden edistämiseksi ja tukemiseksi.

Tämän tutkimuksen tulokset keskittyvät taloudellisissa vaikeuksissa elävien äitien näkemykseen omasta terveyteen liittyvän tuen tarpeestaan. Perheiden luokittelu johonkin ryhmään kuuluvaksi hämärtää helposti yksilölliset tarpeet, joiden pitäisi olla lähtökohta arjen auttamistyössä. Vaikka tutkimuksen tiedonantajina ovat vähävaraiset äidit, tarkoitus ei ole korostaa eroja heidän terveyteen liittyvissä tuen tarpeissaan muihin äiteihin nähden, vaan tuoda esiin tämän ryhmän asiakkaiden omia näkökulmia saamastaan tuesta.

Lisääntynyt ymmärrys vähävaraisten lapsiperheiden arjesta ja heidän terveydenedistämiseen liittämistä merkityksistään auttaa hoitotyöntekijöitä kehittämään valmiuksiaan monialaiseen yhteistyöhön riskioloissa elävien perheiden tukemiseksi ja sosiaalisen näkökulman huomioimiseen työssään. Tämä on erityisen tärkeää tilanteessa, jossa huono taloudellinen tilanne näyttää

kärjistävän yhteiskunnallisia eroja ja lisäävän muun muassa lapsiperheiden köyhyyttä samalla, kun elinolot koventuvat ja tuen tarve kasvaa.

Hoitotyöntekijöillä voi olla merkittävä rooli vaikeassa elämäntilanteessa olevan perheen tukemisessa sekä kielteisen kehän syntymisen ehkäisemisessä ja katkaisemisessa.

**Taulukko 1. Esimerkkejä neljännestä analyysivaiheesta eli yksilökohtaisten merkitysten muodostamisesta.**

<b>Esimerkkejä samansisältöisistä tärkeistä ilmauksista</b>	<b>Yksilökohtainen merkitys</b>
ÄITI 5: Hän on onnellinen siitä, että hänellä on kavereita ja sukulaisia, joiden kanssa hän on päivittäin tekemisissä. He ovat helpottaneet paljon tilannetta. Erityisesti kaksi läheistä ystävää ovat olleet korvaamattomana apuna. Ilman heitä hän ei olisi jaksanut tähän asti. Heille voi aina soittaa ja pyytää tulemaan, kun ei enää jaksa.	Läheisten tuki ja läsnäolo arkipäivässä ovat hänelle tärkeitä. Muutamalta hyvältä ystävältä saatu tuki on ollut elintärkeää, ilman heitä hän ei olisi jaksanut tähän asti.
ÄITI 6: Hänen on ollut vaikea pyytää apua muilta kuin läheisiltään. Hän uskoo, että saadakseen apua olisi osattava puhua ja	Saadakseen apua perheen ulkopuolelta olisi osattava vaatia sitä, ja se on äidille vaikeaa: hän

<p>pistää vastaan, sanoa että ongelmia on ja tutkimuksia on tehtävä. Hän ei useinkaan uskalla eikä osaa sanoa vastaan. Hän myöntyy mieluummin. Neuvolassakaan oletettu hänen avuntarvettaan tosissaan, vaan on sanottu, että kyllä se siitä. Häntä ei kuunnella, eikä hänen huomioihinsa lapsistaan luoteta.</p>	<p>on mieluummin hiljaa ja antaa periksi. Hän ei osaa pyytää apua niin, että tulisi ymmärretyksi. Häntä ja hänen perheensä avuntarvetta vähätellään.</p>
--	--

**Taulukko 2. Vähävaraisten äitien arjessa hyvää oloa tuottava tuki ja ristiriitaisia tuntemuksia aiheuttava tuki.**

ARJESSA HYVÄÄ OLOA TUOTTAVA TUKI	RISTIRIITAISIA TUNTEMUKSIA AIHEUTTAVA TUKI
<p>Läheisverkoston tuki ja läsnäolo arkipäivässä</p> <p>Terveystuella saatua tukea saa, kun osaa ja jaksaa itse hakea sitä ja on yhteistyöhaluinen.</p> <p>Yksittäiseen, selkeään fyysiseen vaivaan saa hyvin apua.</p> <p>Autetuksi tulemisen tunnetta vahvistavat ystävällinen kohtelu ja palveluiden toimiminen.</p> <p>Lapselle saa terveydenhuollosta helpommin apua ja tukea kuin aikuiselle.</p> <p>Apua saa, kun voi todella huonosti.</p> <p>Sosiaalityöntekijöiltä saa monimuotoista, joustavaa ja koko perheen huomioon ottavaa tukea, kun henkilökohtaiset suhteet autettavan ja auttajan välillä toimivat.</p> <p>Vapaaehtoisjärjestöjen ja eri viranomaisten yhdessä</p>	<p>Läheisverkostolta saatu tuki saattaa aiheuttaa liiallista riippuvuuden tunnetta tai vallankäytön kohteeksi joutumista.</p> <p>Tukipalveluiden käyttämiseen liittyvä huono kohtelu: äitiä kohdellaan alentuvasti, tönkeästi tai epäasiallisesti.</p> <p>Avuntarpeen vähättely ja aliarviointi tukea haettaessa</p> <p>Epärealistinen ohjaus, joka ei ota huomioon asiakkaan elämäntilannetta ja yksilöllisyyttä.</p> <p>Tuen ja avun pirstaleisuus</p> <p>Tunne, että tukea saadessaan on alistuttava asiantuntijoiden vallankäytön kohteeksi.</p>

<p>organisoimien projektien antama tuki on kokonaisvaltaista ja koko perhettä tukevaa.</p> <p>Vertaistuesta äideillä on hyviä kokemuksia.</p> <p>Tukea äidit ovat saaneet myös vapaaehtoisjärjestöiltä, seurakunnilta, kouluun ja opiskeluun liittyvistä tukipalveluista, kirjastoista, päiväkodeista sekä naapureilta.</p>	<p>Tuen vastaanottaminen vahvistaa arvottomuuden tunnetta ja syyllisyyttä.</p> <p>Tuki vahvistaa huonoksi äidiksi tai sosiaalityöksi leimaantumisen pelkoa.</p> <p>Äiti kokee olevansa enemmän tarkkailun kohteena kuin tuensaajana.</p>
---	--

## LÄHTEET

Attree P. 2004. Growing up in disadvantage: a systematic review of the qualitative evidence. *Child: Care, Health & Development* 30(6), 679–689.

Attree P. 2005. Parenting support in the context of poverty: a meta-synthesis of the qualitative evidence. *Health and Social Care in the Community* 13(4), 330–337.

Attree P. 2006. The Social costs of child poverty: a systematic review of the qualitative evidence. *Children & Society* 20(1), 54–66.

Averit S. 2003. “Homelessness is not a choice” The plight of homeless women with preschool children living in temporary shelters. *Journal of Family Nursing* 9(1), 79–100.

Campbell-Grossman C, Brage Hudson D, Keating-Lefler R, Ofe Fleck M. 2005. community leaders’ perceptions of single, low-income mothers’ needs and concerns for social support. *Journal of Community Health Nursing* 22(4), 241–257.

Cohen MZ, Kahn DL, Steeves RH. 2000. How to analyze the data. Teoksessa: Cohen MZ, Kahn DL, Steeves RH. (toim.) *Hermeneutic phenomenological research: a practical guide for nurse researchers, methods in nursing research*. Sage, California, 71–83.

Finfgeld-Connet D. 2005. Clarification of social support. *Journal of Nursing Scholarship* 37(1), 4–9.

Garvey C, Julion W, Fogg L, Kratovil A, Gross D. 2006. Measuring participation in a prevention trial with parents of young children. *Research in Nursing and Health* 29(3), 212–222.

Giorgi A. 1997. The theory, practice and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology* 28(2), 235–261.

Hemingway A. 2007. Determinants of coronary heart disease risk for women on a low income: Literature review. *Journal of Advanced Nursing* 60(9), 359–367.

Heimo E. 2002. Erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistaminen ja psykososiaalinen tukeminen äitiys- ja lastenneuvolassa. Seurantatutkimus vuosina 1997–2000. Väitöskirja. Hoitotieteenlaitos. Turun yliopisto, Turku.

Häggman-Laitila A. 1999. Terveys ja omatoiminen terveydenhuolto: kuvaileva teoria yksilöllisistä valinnoista. *Acta Universitatis Tampereensis* 648. Tampereen yliopisto, Tampere.

Häggman-Laitila A. 2005. Families' experiences of support provided by resource-oriented family professionals in Finland. *Journal of Family Nursing* 11(3), 195–224.

Häggman-Laitila A, Euramaa K-I. 2003. Finnish families' need for special support as evaluated by public health nurses working in maternity and child welfare clinics. *Public Health Nursing* 20(4), 328–338.



Häggman-Laitila A, Pietilä A-M. 2007. Lapsiperheiden terveyttä edistävä tuki ja sen lähtökohdat: Katsaus kehittämiskohteisiin ja jatkotutkimusaiheisiin. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 44(1), 47–62.

Kavanaugh K, Moro T, Savage T, Mehendale R. 2006. Enacting a theory of caring to recruit and retain vulnerable participants for sensitive research. *Research in Nursing & Health*, 29 (3), 244–252.

Keating-Lefler R, Brage Hudson D, Campbell-Grossman C, Ofc Fleck M, Westfall J. 2004. Needs, concerns, and social support of single, low-income mothers. *Issues In Mental Health Nursing* 25(4), 381–401.

Kääriäinen M, Kyngäs H. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995–2002. *Hoitotiede* 17(4), 208–216.

Latomaa T. 2006. Ymmärtävä psykologia: Psykologia rekonstruktivisena tieteenä. Teoksessa: Perttula J, Latomaa T. (toim.) *Kokemuksen tutkimus, Merkitys-tulkinta-ymmärtäminen*. Dialogia, Helsinki, 17–88.

Nyamathi A, Wenzel S, Keenan C, Leake B, Gelberg L. 1999. Associations between homeless women's intimate relationships and their health and well-being. *Research in Nursing & Health* 22(6), 486–495.

Oakley S, Song M-K, DeBose-McQuirter M. Positive and negative depression coping in low-income African American women. *Research in Nursing & Health* 2005;28:106–116.

Perttula J. 2006. Kokemus ja Kokemuksen tutkimus: Fenomenologisen erityistieteen tieteenteoria.

Teoksessa: Perttula J, Latomaa T. (toim.) Kokemuksen tutkimus: Merkitys- tulkinta- ymmärtäminen. Dialogia, Helsinki, 115–162.

Porr C, Drummond J, Richter S. 2006. Health literacy as an empowerment tool for low-income mothers. *Family and Community Health* 29(4), 328–335.

Sgarbossa D, Ford-Gilboe M. 2004. Mother's friendship quality, parental support, quality of life, and family health work in families led by adolescent mothers with preschool children. *Journal of Family Nursing* 10(2), 232–261.

Sirviö K. 2006. Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämisessä – mukanaolosta vastuunottoon. Asiakastilanteiden arviointia sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ja perheiden näkökulmista. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 132, Väitöskirja. Hoitotieteen laitos, Kuopio.

STM 2003. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18, Helsinki.

STM 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6, Helsinki.

Viljamaa M-L. 2003. Neuvola tänään ja huomenna. Vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 212, Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä.

Whitehead L. 2004. Enhancing the quality of hermeneutic research: decision trail. *Journal of Advanced Nursing* 45(5), 512–518.

Witt de L, Ploeg J. 2006. Critical appraisal of rigour in interpretive phenomenological nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 55(2), 215–229.

Yanicki S. 2005. Social support and family assets: the perceptions of low-income lone-mother families about support from home visitation. *Canadian Journal of Public Health* 96(1), 46–49.

Åstedt-Kurki P. 1992. Terveys, hyvä vointi ja hoitotyö kuntalaisten ja sairaanhoitajien kokemana. *Acta Universitatis Tamperensis* 349, Tampereen yliopisto, Tampere.

Åstedt-Kurki P, Paavilainen E, Lehti K. 2001. Methodological issues in interviewing families in family nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 35(2), 288–293.

Åstedt-Kurki P, Lehti K, Tarkka M-T, Paavilainen E. 2004. Determinants of perceived health in families of patients with heart disease. *Journal of Advanced Nursing* 48(2), 115–123.